

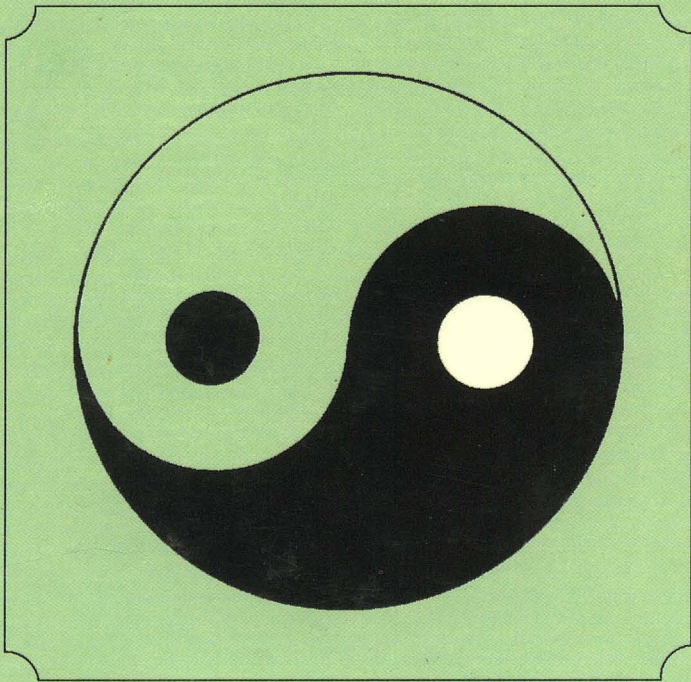
◆ سلسلة أبواب العقل الموحدة ◆

# الجِنْس والنَفْس

## في الحياة الإنسانيّة

### المجُزء الثاني

الدكتور علي الزماله



المؤسسة  
للدراسات  
والتحقيق



# الجنس والنفس في الحياة الإنسانية

في هذا الجزء الثاني من كتاب الجنس والنفس نتابع البحث في أوجه العلاقات الممكنة بين الجنس والنفس في الحياة الإنسانية ، ومن فصول هذا الكتاب الحياة الجنسية في مراحل العمر المتوالية . والعطل الجنسي وطرق علاجه بما في ذلك التقنيات الحديثة ، كما يتناول الكتاب موضوع الحياة الجنسية للمعاقين جسمياً ونفسياً وعقلياً ، ومن المواضيع الأخرى التي تناولها الكتاب «الجنس في الأساطير» والعلاقة بين الجمال والجنس والنفس ، والحرمان الجنسي وتأثيراته ، والإسراف الجنسي ونتائجه . وفي الثلث الأخير من الكتاب يتناول الكتاب الحالات المرضية التي يمكن أن تنتقل عن طريق العلائق الجنسية مع التوسع في موضوع مرض نقص المناعة المكتسب «الايذز» والذي ينظر إليه الآن بأنه أعظم خطر يواجه الحياة الإنسانية ، وفي الفصل الأخير يختم الكتاب بتأمل واقع الحياة الجنسية المعاصرة وما يتوقع لهذه الناحية من مستقبل والذي يبدو في نظرنا ونظر الكثيرين من الباحثين مستقبلاً مظلماً له أن يجعل من الحياة الجنسية خطراً على الحياة النفسية لبني الإنسان إن لم يكن على الحياة الإنسانية كلها .

المؤلف



المؤسسة السورية للدراسات والبحوث، مسقط رأسها: مكتبة  
الدراسات والبحوث، دمشق، سورية، ص.ب. ٥٤٦١-٧  
والنشر: مكتبة، LE/DIRKAY، ٤٠٧٧  
الغلاف: زهرية/رشيد

الجنس والنفس  
في الحياة الإنسانية

## حقوق الطبع محفوظة

المؤسسة العربية  
للدراسات والنشر

المركز الرئيسي:

بيروت، ساقية الحنظل، بناية  
بيج الكارلشون، ص.ب: ٥٤٦٠-١١  
العنوان البرقي: موكيتا، هـ، ١/٧٩٠٠٠٠  
تلكس: LE/DIRKAY ٤٠٠٦٧

التوزيع في الأردن:

دار الفارس للنشر والتوزيع: عمان  
ص.ب: ٩١٥٧، هاتف: ٦٠٥٤٣٢، فاكس  
٦٨٥٥٠١ - تلكس ٢١٤٩٧

الطبعة الأولى

(إصدار جديد)

١٩٩٤

◆ سلسلة أبواب العقل الموحدة ◆

# الجِنْس والنَفْس في الحياة الإنسانيّة

المجزء الثاني

الدكتور عليّ جمال

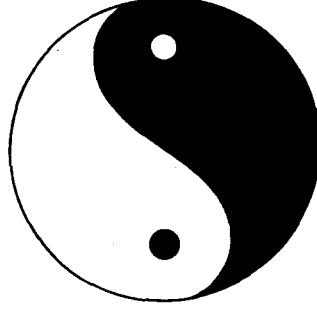
BA, MD, DPM, FRCPsych.

زميل الكلية الملكية للأطباء النفسيين

المملكة المتحدة



المؤسسة  
العربية  
للدراسات  
والنشر



### عن رسم الغلاف

يمثل رسم الغلاف مفهوم الفلسفة الشرقية ، وخاصة في الصين واليابان ، والتي تعود اصولها الى القرن الثالث قبل الميلاد ، والمعروفة باسم (ين - يانج Yin Yang ) . وخلاصة هذه الفلسفة هي أن هناك قوتان أو مبدآن يتحكمان بجميع نواحي الحياة ، وظواهرها ، وهما قوتان متضادان غير أنهما متكاملتان وبصورة متوازنة ومتناغمه ، فالين (Yin) في هذه العقيدة الفلسفية هي الأرض ، ومن صفاتها أنها : اثنى ، وسمرء ، ومستسلمة ، وممتعة ، وهي متواجدة بأعداد مزدوجة في الوردبان والجداول . وهي تمثل بالقمر ، وباللون البرتقالي ، ويخط متقطع . أما يانج (Yang) فينظر اليها كالسما ، ، والتنين ، واللون اللازوردي ، ويخط غير منكسر ، والذكر... وطبقا لهذا المعتقد فان كل قوة من هاتين القوتين تنشأآن من المطلق الأعلى ، وهما بذلك تصفان عملية الكون الواقعية وكل ما هو فيه. وهما في حالة من التوازن والتكامل الهارموني ، وبصوران لذلك على صورة نصفي دائرة واحد فيها أسود اللون، والنصف الآخر أبيض اللون .

لقد نفذت هذه العقيدة الفلسفية إلى مجمل نواحي الحياة في اقطار الشرق الأقصى لآلاف السنين ، بما في ذلك علوم الفلك والعرافة ، والفن ، والطب ، والحكم ، والأجتماع والتنهؤ ، وغيرها من مجالات الحياة ، وفيما يتعلق بالحياة الجنسية . فإن هذه الفلسفة تعتقد بأن الكون ، والقائم على مبدأ التكامل بين المتضادات ، فان مثاله الأعظم هو التكامل بين الذكر والأثنى في الحياة.

الإهداء :

أهدي هذا المؤلف إلى كل من زاملت أو صادقت

عبر مسيرتي الدراسية ، وإلى كل من علمني

وعلمت ، وإلى أساتذتي وطلابي وزملائي في مجال

الحياة الطيبة

‘هو الذي خلقكم من نفس واحدة  
وجعل من أزواجها ليسكن اليها’  
\* سورة الاعراف \*



## محتويات الجزء الثاني

الصفحة

الموضوع

مقدمة الجزء الثاني

### ١٧ ..... الفصل الأول

#### هوية الجنس

أسباب اضطراب الهوية الجنسية، أصناف اضطراب الهوية الجنسية، (١) في الأطفال، (٢) في المراهقين، (٣) في الكبار، (٤) اضطراب الجنسية المعاكسة.

### ٢٨ ..... الفصل الثاني

#### الرغبة الجنسية والنفور الجنسي

مقدمة، اضطرابات الرغبة الجنسية والنفور الجنسي، الرغبة الجنسية المنخفضة، التجنب (النفور الجنسي)، العوامل السببية لاضطراب الرغبة الجنسية، العوامل البيولوجية، العوامل النفسية، إنخفاض الرغبة الجنسية وأسبابها، علاج انخفاض الرغبة الجنسية، اضطراب النفور الجنسي، علاج اضطراب النفور الجنسي، اضطرابات جنسية أخرى، فشل المجاز العلاقة الجنسية عند الأزواج، المشاكل الجنسية بين الزوجين، مشاكل تصور الفرد لجسده، الدون جوانية، هوس الحورية، عسر المزاج التالي للجماع

## ٤٣ ..... الفصل الثالث

## النشاط الجنسي

مقدمة، العناصر الضرورية للنشاط الجنسي، ١. العناصر البيولوجية، ب .  
العوامل النفسية، نشاط دورة الإستجابات الجنسية: أ . في الأنثى، ب .  
في الذكر.

## ٥٧ ..... الفصل الرابع

## الجنس في مراحل الحياة

مقدمة، أدوار نمو وتطور الحياة الجنسية، مرحلة الرضاعة، مرحلة الطفولة  
المبكرة، مرحلة الطفولة المتأخرة، مرحلة ما قبل البلوغ، مرحلة البلوغ  
(في الذكر والأنثى)، مرحلة المراهقة، مرحلة الشباب، مرحلة الرشد  
والزواج، مرحلة الرشد الوسطى، مرحلة الأربعينات، مرحلة الرشد المتأخرة.

## ٧٣ ..... الفصل الخامس

## سن اليأس في الانثى

سن اليأس في الذكور، الحياة الجنسية في الكبر والشيخوخة، الجنس  
والإصابات المرضية في الكبر.

## ٨١ ..... الفصل السادس

## الجنس والمراهقة

مقدمة، أدوار النمو الجنسي في المراهقين، بيانات إحصائية حول السلوك  
الجنسي عند المراهقين، الاستمنا، اختيار الشريك الجنسي، المراهقة  
والإنحراف الجنسي، المراهقة ومؤسسة الزواج.

## ٩٠ ..... الفصل السابع

## العطل الجنسي

مقدمة، وقوع وانتشار العطل الجنسي، تصنيف اضطرابات العطل الجنسي

في الجنسين، أسباب العطل الجنسي: (أ) الأسباب العضوية، (ب) الأسباب النفسية، (ج) الأسباب الآتية، (د) الأسباب المكتسبة بالتعلم، العوامل المساهمة في العطل الجنسي، علاج العطل الجنسي.

## الفصل الثامن..... ١١١

### الموق والجنس

مقدمة، الجنس والعوق النفسي والمقلي والعصبي، الجنس واضطراب الشخصية: ١. الشخصية الإنطوائية، ٢. الشخصية الهستيرية، ٣. الشخصية النرجسية، ٤. الشخصية السايكوباثية، ٥. الشخصية المتجنبة، ٦. الشخصية المتواكلة، ٧. الشخصية السادية، المازوخية، ٨. الشخصية الإنهزامية، ٩. تعدد الشخصية، ١٠. الشخصية العضوية. الجنس والاضطرابات النفسية، اضطراب القلق والجنس، الجنس والمتخلفين عقلياً، الجنس وإصابات النخاع الشوكي، الجنس وعطل الإحساس في الأعضاء التناسلية، الأمراض الجسمية والجنس.

## الفصل التاسع..... ١٣٧

### تقنيات حديثة لعلاج العنة

زرق العقاقير في الأوعية الدموية، زرق المركب الفعال في الجسم الإسفنجي للقتيب، العلاج الجراحي، العمليات الجراحية.

## الفصل العاشر..... ١٤٥

### الأفرووديزيات والمضادات الأفرووديزية

مقدمة، أصناف الأفرووديزيات، المضادات الأفرووديزية.

## الفصل الحادي عشر..... ١٥٥

### العقاقير والجنس

مقدمة، المراد والعقاقير المعطلة للنشاط الجنسي، الهرمونات، مضادات ارتفاع الضغط، العقاقير المؤثرة في العقل، المهدئة، المسكنة، المستحضرات الكحولية،

مضادات الكآبة، مسكنات الألم المخدرة، القنبايات، المهلوسات، العقاقير المنشطة، عقاقير أخرى، الهرمونات والجنس، عقاقير تجريبية جديدة.

الفصل الثاني عشر ..... ١٧٣

الخمر والنفس والجنس

الفصل الثالث عشر ..... ١٨٥

التدخين والحشيشة والحياة الجنسية

مقدمة، كيفية فعل التدخين على الجنس، التدخين والإناث، الحشيشة (المروان) والحياة الجنسية.

الفصل الرابع عشر ..... ١٩٥

الأسطورة والنفس والجنس

مقدمة، أسطورة عشتار السومرية، أسطورة استارتي الفينيقية، أسطورة أفروديت الإغريقية، أسطورة هرمو أفروديت.

الفصل الخامس عشر ..... ٢٠٥

الجمال والجنس والنفس

مقدمة، ماهية الجمال، الجمال واللذة، الجمال الطبيعي والجمال المجلوب، فنون التجميل، الجمال الإنساني والجمال الفني، الجمال والجنس، الجمال المجرد من الجمالية، الفنون الجنسية، التصوير الجنسي.

الفصل السادس عشر ..... ٢١٩

العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث

مقدمة، بيانات إحصائية، العوامل المهيئة للعدوان على الطفل، خصائص مرتكبي العدوان الجنسي على الأطفال، ضحايا إساءة التعامل الجنسي، علاج ظاهرة العدوان الجنسي على الأطفال.

٢٣١ ..... الفصل السابع عشر

### الإغتصاب

مقدمة، وقوع وانتشار ظاهرة الإغتصاب، انحراف الإغتصاب، التفريق بين السلوك الجنسي السادي والإنحراف الإغتصابي، اغتصاب الأنثى، خصائص المعتصبين، الإغتصاب الإنحرافي، القانون والإغتصاب.

٢٤٥ ..... الفصل الثامن عشر

### الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس

مقدمة، الأمراض المنتقلة جنسياً، الزهري، كلاميديا، الحلاى التناسلي، السيلان، التؤلول، الأيدز، أمراض أخرى، نقص الوقاية من الإختلاطات المحتملة في العلائق الجنسية.

٢٥٥ ..... الفصل التاسع عشر

### الأيدز ومرض نقص المناعة المكتسبة

٣١٧ ..... الفصل العشرون

### السلوك الجنسي والحاجة للتغيير

٣٢٥ ..... الفصل الحادي والعشرون

### مستقبل الحياة الجنسية

مقدمة، الإنسان القديم والجنس، الإنسان المعاصر والجنس، بين الخيار والضرورة، مؤسسات الحياة الجنسية عبر العصور، تشوف المستقبل، مظاهر التحول والمستقبل، مانعات الحمل، التخصيب الصناعي، بنك النطفات، نقل الأجنة، التنسيل، المؤشرات للمستقبل، مؤسسة الزواج، أنماط الممارسات الجنسية، التعددية الجنسية، المجال الإنحرافي، الأمراض المنتقلة جنسياً، النتائج المترتبة، هل هناك أمل؟

الصفحة الموضوع

٣٤٩ ..... الفصل الثاني والعشرون

### الحرمان والإسراف والإدمان الجنسي

الحرمان الجنسي، الإسراف الجنسي، الإدمان الجنسي.



## مقدمة الجزء الثاني

صدرت الطبعة الأولى من هذا الكتاب قبل حوالي التسع سنوات، وتم بعد ذلك إعادة طبعه على حاله أكثر من مرة، ومع أنه ليس لي أن أقيم هذا المؤلف أو غيره مما ألفته، إلا أن ما حظي به الكتاب من تقييم قارثيه قد حفزني ليس فقط إلى إعادة طبعه وإنما أيضاً إلى إضافة عدد من الفصول في مواضيع جديدة لم أتناولها من قبل، وهي في مجموعها فصول متممة لأي بحث متكامل في النواحي الجنسية للحياة الجنسية، وعلاقة هذه النواحي بمجالات أخرى من حياتنا، من نفسية وحضارية واجتماعية وغيرها من المجالات: ويتضح ذلك من أن الإصدار الجديد للكتاب يحتوي على إحدى وعشرين فصل جديد مما اقتضى إصدارها في جزء خاص وجديد (الجزء الثاني)، كما يتبين من مواضيع الفصول الجديدة بأننا حاولنا تناول الحياة الجنسية الإنسانية من عدة منظورات تشمل العلاقة القائمة بين هذه الحياة وبين العلم والأدب والطب والمجتمع، إضافة إلى واقع الجنس في الحاضر، وما نتشوف له من مستقبل يبدو واضحاً بما فيه الكفاية لمن اهتم بمتابعة مسيرة الحياة الجنسية المعاصرة في العالم أجمع، وخاصة في السنوات الأخيرة، بأن تحولات عديدة وخطيرة قد حدثت، وما زالت تحدث

وتتكاثر في الحياة الجنسية للإنسان المعاصر، وما تأتي عن هذه التحولات من نتائج وعواقب لا تحمد، والتي تتجاوز حدود ما يمكن اعتباره انذاراً بالخطر، ذلك أن الذي حدث هو الخطر نفسه، وما يندر به من خطر أعظم. ومنذ الإصدار الأول للكتاب ونحن على وعي ببوادر التحولات الحادثة في الحياة الجنسية، والتي ينظر إليها الكثيرون بأنها ثورة في مسيرة الجنس، على اعتبار أنها حررت الإنسان من الكبت والحرمات الجنسي، غير أن تأمل النتائج الناجمة عن هذه الثورة تظهر بوضوح بأن ثمن هذا التحرير كان باهظاً، ذلك أن ما اعتبر حرية قد راح يسلب الحياة الجنسية فعلها الإنساني، وحوها من فعالية تجمع بين معاني الخلق والخالقية، إلى طاقة عبثية هوجاء خالية من هذه المعاني أو الأهداف.

لقد تشوفنا مسيرة الحياة الجنسية، وتوقعنا النتائج الخطيرة المتوقعة لاستمرار أنماط السلوك الجنسي المعاصر بما يتسم به من تهاوت وتسيب وانفلات، ولنا في هذه المقدمة أن نستعيد مع القارئ فقرة وردت في فصل (الخاتمة) للطبعة الأولى لهذا المؤلف والتي نصت على ما يلي:

... «وهناك نتيجة سلبية هامة للإنتفاخ الجنسي والتي قلما تحظى بملاحظة واهتمام الباحثين، وهي الأثر الحضاري الناجم عن الإنتفاخ الجنسي المعاصر وما صاحبه من ثورة على العرف الجنسي... فعصرنا الحاضر يشهد الكثير من طرق التعبير المسرفة والسافرة عن الحياة الجنسية، مما يترك القليل منها للإرتباط المجدي والخلق مع حياتنا النفسية. ذلك أن التسامح الجنسي له أن يرد الجنس إلى مجرد طاقة بايولوجية، وأن لا يترك شيئاً مما يكمن في هذه الطاقة لكي يتسرب إلى حياتنا النفسية، وبالتالي إلى النشاطات الحياتية المختلفة من حضارية واجتماعية...».

\*

إننا الآن نشاهد تحقيقاً متسارعاً وصادماً ومأساوياً لما تشوفناه حول مستقبل الجنس في عالمنا المعاصر، وتأمل ما هو حادث الآن، له أن يتشوف مستقبلاً لحاضر الحياة الجنسية مما هو أكثر صرامة ومأساوية مما نشاهده الآن، وهو مستقبل إن لم نهتدي بشأنه قبل فوات الزمن فإن له أن ينهي دور الجنس كطاقة تولد الحياة ويستبدلها بطاقة تولد الموت، ومن لم يصبه ذلك فله أن يعيش حياة مفرغة من كل فعل خلاق ومبدع وجميل في حياتنا.

المؤلف



## الفصل الأول

---

### هوية الجنس

- مقدمة.
- أسباب اضطراب الهوية الجنسية
- أصناف اضطراب الهوية الجنسية
- وقوع وانتشار اضطراب هوية الجنس
- اضطراب هوية الجنس في الأطفال
- اضطراب هوية الجنس في المراهقة والكبر
- اضطراب الجنسية المعاكسة
- علاج الجنسية المعاكسة
- نتائج الجراحة في الجنسية المعاكسة.



## الفصل الأول:

### هوية الجنس

#### مقدمة

هوية الجنس هي شعور الفرد بأنه ذكر أو أنثى، ولهذا الشعور أن يتوافق مع الواقع البيولوجي الجسمي للفرد ذكراً أو أنثى، وعندئذ تعتبر الهوية الجنسية الشعورية مطابقة للهوية البيولوجية، أما إذا كان الشعور بالهوية الجنسية لا يتوافق كلياً أو جزئياً مع الواقع البيولوجي، فإن الفرد يعتبر معانياً لاضطراب في هويته الجنسية بدرجة أو أخرى. والغالبية العظمى من الناس ذكوراً أو إناثاً يتمتعون بشعور متوافق عن هويتهم الجنسية، وبأنهم ذكور أو إناث بما يتطابق مع واقعهم البيولوجي، غير أن فئة قليلة من الناس ومن الجنسين لا يتوافق لديهم هذا التطابق، وهم لذلك يقومون بدور حياتي يؤكد للغير ولأنفسهم ما يعانونه من عدم التطابق بين الشعور والواقع في هويتهم الجنسية.

إن عدم التوافق بين ما يشعر به الفرد من هويته الجنسية وبين الواقع الفعلي (الجسمي) لهذه الهوية لا يظهر على صورة أو درجة واحدة، بل هو مسار متواصل في أقل درجاته قد يكون شعوراً غير واع، ويتسم بميل ما إلى الألفة أو التشبه أو الإستجابة بصورة تقترب بدرجة ما من ما يتصف به الجنس الآخر، وهناك من النظريات والبيانات ما يؤيد الاعتقاد بأن كل إنسان ذكراً أو أنثى يملك في ذاته وبقدر ما خصائص يتصف بها الجنس المعاكس بصورة غالبية، وليس لنا أن نجد في هذا الواقع تناقضاً، ففي الذكر

بعض الخصائص الأنثوية، وفي الأنثى مثل ذلك من الذكور، ذلك أن وحدة الخصائص الإنسانية هي أغلب من تجزأة هذه الخصائص على صورة ذكورية أو أنثوية، ثم أن حمل الذكر لبعض الخصائص الأنثوية، وبالعكس، ليس له أن يتعارض مع حيثية الذكر، أو الأنثى، بل له أن يمثل عاملاً أساسياً مساعداً يمكن من الإتصال والتكامل بينهما، ولولا وجود مثل هذه الخصائص المشتركة لما أمكن جسر الفجوة بينهما، ولتعدر التعايش بينهما في الحياة الإنسانية، ومن هذه الحدود الدنيا من الجمع بين الخصائص الأنثوية والذكورية في الفرد الواحد ذكراً أو أنثى يمتد المسار إلى درجات أعلى من الجمع يتسلسل فيها من شعور الفرد طفلاً أو مراهقاً أو كبيراً بعدم الإرتياح والمضايقة من أنه ينتمي إلى جنسه الفعلي سواء حاول أو لم يحاول التمثل بالجنس الآخر، مع اعترافه بأنه ينتمي إلى الجنس الذي هو عليه، وإلى درجة أعلى من الإضطراب تتسم بالإنكار لواقعه الجنسي الفعلي والتواق إلى تغيير جنسه إلى الجنس الآخر، وفي درجاته القصوى إلى السعي الحثيث والمستديم لتغيير معالم جنسه البيولوجي الظاهرية إلى معالم الجنس الذي يشعر بأنه ينتمي إليه (الجنس الآخر)، وهي الدرجة الأشد من اضطراب الهوية الجنسية والأقل ظهوراً من بني الإنسان والتي اصطلح عليها بالجنسية المعاكسة Transsexuality (أقراء فصل الجنسية الثنائية).

### أسباب اضطراب الهوية:

هناك عدة نظريات سببية، وهي تتجمع في مجالين: المجال البيولوجي، والمجال النفسي الإجتماعي، والنظرية البيولوجية تفترض بأن بداية التكوين النسيجي للجنين هي بداية أنثوية، وبأن الذكورية تتكون فقط إذا ما شرعت كروموسوم Y في التكوين الجنيني بعملية إنتاج هرمون الأندروجين Androgen، وطبقاً لهذا الإفتراض فقد جرى زرق القرده الحوامل بمقادير كبيرة من هرمونات الأندروجين وتبين فيما بعد بأن الإناث المواليد قد اتصفت بسلوك الذكور من القرده أثناء اللعب، ومثل ذلك يتضح في سلوك الأطفال من الإناث اللواتي تعرضن لمقادير كبيرة من هذه الهرمونات قبل وبعد الولادة، كما أوضحت الملاحظات بأن الهرمونات الجنسية تحدث تأثيراً على السلوك الجنسي في الناضجين من الذكور والإناث، فهرمون التستسترون له أن يزيد في الطاقة الجنسية والعدوانية في الأنثى، كما أن لهرمون استروجين أن ينقص من الطاقة الجنسية ومن العدوانية في الذكر، ومع أهمية هذه البيئات فإنه لا تتوافر حتى الآن بيانات كافية لإثبات أن الأسباب البيولوجية هي المقررات الأهم أو الوحيدة لهوية الجنس واضطراباتها. أما المجال النفسي الاجتماعي، وطبقاً لهذا المنظور من التفسير فإن الأطفال يتمون هوية

الجنس في نفوسهم طبقاً للإتجاه الذي يربون عليه والذي يعتمد بدوره على عدة عوامل، وهي أولاً: مزاج الطفل، ثانياً: الخصائص التي يتمتع بها الوالدين، ثالثاً: وعلى التفاعل بينهما (بين الطفل وصفات والديه)، ومن النظريات النفسية التحليلية حول هذا الموضوع ما افترضه فرويد بأن تثبيت الفرد على الدور القضيبى في نموه النفسى الجسمى يمكن له أن يؤدي إلى مشاكل في هوية الجنس، وبأنه كلما كان تشبه الطفل أعظم بوالده من الجنس الآخر (الطفل بأمه والطفلة بأبيها) كلما كان الإرتباك أعظم ظهوراً في الشعور بالهوية الجنسية. ومن التفسيرات النفسية الإجتماعية أن الطفل يتجه إلى هوية جنسية بصورة جزئية أو غالبية نتيجة لفقدانه لعلاقة حضانية وتربوية مع والديه، أو نتيجة لتعرضه لسوء استعمال جسدي أو جنسي، وللحالتين أن يغرسا الشعور في الطفل بأنه ربما كان في مأمن أعظم إذا ما اتمى في شعوره أو ممارساته لهوية الجنس الآخر.

### أصناف اضطراب الهوية الجنسية:

يتحدد مفهوم اضطراب هوية الجنس في تلك الحالات التي يشعر فيها الفرد بصورة مستديمة من الضيق وعدم الإرتياح من واقعهم الجنسي كما تقرر بالمظاهر الجسدية وبأن هذه المظاهر غير مناسبة لشعورهم، ولا يدخل ضمن هذا المفهوم المحدد تلك الحالات التي يشعر بها الفرد بأنه غير كفؤ في أداء دوره الجنسي بالقدر الذي يتناسب مع هويته الجنسية، وطبقاً لهذا التحديد فقد صنفت اضطرابات هوية الجنس إلى الأصناف التالية:

- ١ - اضطراب هوية الجنس في الطفولة.
- ٢ - اضطراب هوية الجنس في المراهقين والكبار - (غير الجنسية المعاكسة).
- ٣ - الجنسية المعاكسة.
- ٤ - حالات أخرى غير محددة.

### وقوع وانتشار اضطرابات هوية الجنس:

لا تعرف نسبة وقوع وانتشار هذه الإضطرابات في المجتمع، ذلك أن القليل منها فقط يقع في مجال الإستشارات الطبية، كما أن معظم هذه الإضطرابات في الأطفال ينظر إليها بأنها مجرد تنوع في السلوك، وليس له أن يؤدي لاضطراب أساسي هام من التأثير على الحياة النفسية والجنسية، وعلى العموم، فإن الإضطرابات الأساسية في

الهوية الجنسية هي قليلة نسبياً، وهي ضمن هذه القلة أكثر ظهوراً بكثير في الذكور منها في الإناث.

## اضطراب هوية الجنس في الأطفال:

يعاني بعض الأطفال والأحداث من الجنسين من هذا الإضطراب والذي يتصف بالخصائص التالية:

- ١ - الشعور بالتعاسة الشديدة لكون الفرد على شكل جنسه البيولوجي - ذكراً أو أنثى - ومعاناته للرغبة الملحة لأن يكون من الجنس الآخر.
- ٢ - انشغال الطفل بالنشاطات التي يمارسها الجنس الآخر، وبالإقبال على لباس الجنس الآخر والمشاطرة في فعالياته تفضيلاً على الجنس الذي ينتمي إليه في الواقع.
- ٣ - رفض الفرد لمظاهره الجسدية التي هو عليها، ومداعبة الأمل بأن تتغير هذه المظاهر بما يتناسب مع هوية الجنس التي يشعر بها.

إن بعض مظاهر هذا الإضطراب تبدأ قبل بلوغ الطفل سن الرابعة من العمر، وتزداد شدة ووضوحاً في السنوات التالية، ويظهر في الأولاد الذكور على صورة انشغال الطفل بالنشاطات النمطية المناسبة للبنات، أو على شكل الرفض الدائم للمظاهر الجسمية الذكورية التي هو عليها، أما في الأطفال من الإناث، فإن الطفلة تبدي كراهية وإعراضاً عن اللباس الأنثوي، وتصر بدلاً من ذلك على ارتداء لباس الذكور من الأطفال، أو أنها تواصل إنكار معالم جنسها البيولوجية. ومن نتائج مشاعر كل من الذكر والأنثى حول هويتهم الجنسية هو ما يحدث من أن الطفل أو الطفلة يتجهان لإقامة العلاقات الملائمة مع أترابهم من الجنس الآخر، كما أنهم يعملون على التشبه بأطفال وأحداث من الجنس الآخر، ولهذا أن يؤدي إلى إحداث مشاكل وردود فعل سلبية من العائلة والمجتمع، ومن متابعة مصير الأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب تبين بأن حدة الإضطرابات وما يصاحبها من معاناة أو تعاسة تقل كثيراً قبل الوصول إلى سن البلوغ والمراهقة، غير أن ما بين ثلث إلى ثلثي الأطفال من الذكور الذين يعانون من هذا الإضطراب يصبحون ذوي جنسية مثلية فيما بعد، أما الإناث فإن بعضهم يثابرون على الظهور بمظهر التذكر، والقليل منهم فقد يتوجهن وجهة جنسية مثلية (السحاقية) في المستقبل، غير أن حالات أخرى من الجنسين قد تتجه إلى أحد المصائر التالية بعد تجاوزهم لسن البلوغ، وفيما يلي هذه الأنماط:

١ - الاستمرار في الإضطراب على صورة اضطراب هوية الجنس في المراهقة أو الكبر، النمط غير الجنسي المعاكس، (الفقرة التالية).

٢ - تطور الإضطراب إلى حالة الجنسية المعاكسة في الجنسين.

**اضطراب هوية الجنس في المراهقة والكبر - (النمط غير الجنسي المعاكس):**

في الكثير من الحالات تظهر بعض مظاهر هذا الإضطراب قبل سن البلوغ، غير أن تشخيصه لا يتم إلا بعد بلوغ هذا السن، وتبدأ أعراض الإضطراب بقيام المراهق بممارسة لبس ملابس الجنس الآخر أما بصورة جزئية أو بصورة كاملة، وقد تكون هذه الممارسة في الواقع أو في الخيال، ومن هذه البدايات يتوالى تكرار الممارسة مما يؤدي إلى ارتداء ملابس الجنس الآخر بصورة كاملة، أو في بعض المعانين من هذا الإضطراب بصورة دائمية، كما أن للإضطراب أن يتطور في البعض إلى حالة الجنسية المعاكسة التي سبق وصفها، هذا وقد وضعت المواصفات التشخيصية التالية لهذا النمط من الإضطراب وهي:

أولاً: الشعور بالضيق الدائم أو المتكرر، والإحساس بعدم ملائمة الفرد للجنس الذي هو عليه.

ثانياً: لبس ملابس الجنس الآخر بصورة دائمية أو متكررة سواء بالواقع أو التخيل، ولكن ليس بهدف الحصول على إثارة جنسية، كما هو الحال في اضطراب الفتشية الألباسية (التي سبق وصفها في الفقرة الخاصة بها).

ثالثاً: إن الفرد لا يعاني من انشغال بموضوع تغيير مظاهر جنسه البيولوجية الأولية والثانوية، (ولدة سنتين) - بهدف اكتساب المظاهر الجنسية للجنس الآخر، وهو بذلك يختلف عن اضطراب الجنس المعاكس والذي ينشغل صاحبه بصورة دائمة (لمدة سنتين على الأقل) في أمر التخلص من مظاهره الجنسية البيولوجية واكتساب المظاهر الجنسية للجنس الآخر.

يقسم هذا الإضطراب عادة إلى ثلاثة أصناف:

١ - الصنف اللاجنسي والذي يتصف صاحبه بأنه لم يتمتع أبداً بمشاعر جنسية قوية، إضافة إلى عدم حصوله في ماضيه على نشاط جنسي ممتع أو ملذ.

٢ - الضيق الجنسي المثلي والذي يتصف صاحبه بالإثارة الجنسية عن طريق الممارسة الجنسية المثلية قبل ظهور هذا الإضطراب فيه.

٣ - الضيق الجنسي المخالف (الطبيعي) أو الذي يكون صاحبه قد مارس في سابق عهده العلاقة الجنسية الطبيعية.

### اضطراب الجنسية المعاكسة: **Transsexuality**

الجنس المعاكس هو الإضطراب الأشد من بين اضطرابات الهوية الجنسية، والمعاني لهذا الإضطراب يشعر بصورة مغايرة بأن هناك عدم توافق بين هويته الجنسية التشريحية (ذكراً أو أنثى) وبين توجهه الجنسي والذي يتمثل في شعوره بأنه إنما ينتمي بالفعل إلى الجنس المعاكس لهويته الجنسية التشريحية التي هو عليها، وهو وإن كان على علم يقين بهويته التشريحية التي هو عليها (ذكراً أو أنثى)، إلا أن مشاعره هي أنه من الجنس الآخر، وهو يصف نفسه بأنه يملك هوية جنسية مخالفة لمشاعره الجنسية، وبأن هذه المشاعر محبوسة في جسده التشريحي، وهمه المسيطر على حياته هو أن يحول هويته الجنسية التشريحية التي هو عليها، إلى معالم تشريحية للجنس المخالف الذي يشعر بأنه يتحسس به.

إن هذا الإضطراب في الهوية الجنسية ليس بالإضطراب الجديد في الحياة الإنسانية، فقد عرف ووصف في الأساطير القديمة منذ آلاف السنين. وفي العصر الحديث، ربما كان كولدول Cauldwell (١٩٤٩)، هو أول من أفاد عنه وذلك بوصفه لفتاة أرادت أن تحول جنسها إلى فتى، غير أن هاري بنجامين Harry Benjamin (١٩٥٣) كان أول من وضع مصطلح الجنس المعاكس Transsexualism، وفي ذات العام أجريت أول عملية جراحية لتغيير الجنس من حال إلى حال معاكس، وذلك على كرسيتين جورنسن Christine Jorensen في الدانمارك، ومن ذلك الحين تركز الاهتمام على هذا الإضطراب، وعلى كيفية معالجته في كلا الجنسين. وفيما يلي بعض البيانات المتصلة بهذا الموضوع:

١ - الشعور بالإنتماء إلى الجنس المعاكس للجنس الذي ينتمي إليه الفرد على طبيعته الظاهرة تشريحياً يتواجد في كل من الذكور والإناث، وإن كان أكثر وقوعاً في الذكور منه في الإناث ويفارق غير كبير، وتقدر نسبة وجوده في الذكور بواحد في كل مئة ألف من الذكور، وفي الإناث بواحدة في كل مائة وثلاثون ألف أنثى.

٢ - إن نسبة الساعين إلى تغيير جنسهم من حال إلى حال معاكس هي أكثر في الذكور بكثير منها في الإناث.

٣ - تتوافر أعداد أعظم من الأطفال والمراهقين مما ذكر أعلاه، والذين يظهرون



دلالات على انتباههم الشعوري إلى الجنس المعاكس لجنسهم التشريحي، وهذا يتضح من تلبسهم بملابس الجنس الآخر، كما يتضح مما يفضون به من رغبتهم في أن يغيروا الجنس الذي هم عليه إلى الجنس المعاكس، هذا ويقتضي التمييز بين أولئك المراهقين أو الراشدين والذي يتلبسون بلباس الجنس المعاكس بهدف الحصول على المتعة الجنسية، والذين لا يرغبون بالفعل تغيير جنسهم القائم إلى الجنس الآخر، وبين أولئك الذين يتلبسون بملابس الجنس الآخر، ويتوقون إلى تغيير جنسهم.

٤ - تتوافر عدة نظريات لتفسير اضطراب الجنسية المعاكسة، ومن هذه النظريات: -

أ - الرأي بأن الإضطراب يتقرر إلى حد ما بفعل الهرمونات، وإن للإضطراب الهرموني أن يضع الاستعداد اللازم للإصابة به.

ب - هناك حالات من الإضطراب نجمت عن إصابات عضوية دماغية.

ج - هناك حالات قليلة ارتبط ظهورها بشواذ في الصبغيات (الكروموسومات).

د - النظرية النفسية التي تفسر اضطراب الجنس المعاكس على أنه نتيجة لوجود علاقة معينة بين الأبوين وبين أولادهما، من ذكور أو إناث، وقد فسر ستولر Stoller الإضطراب الجنسي في الذكور ورغبتهم بتبديل جنسهم الذكري إلى أنثوي بأنه ناجم عن تأثير ذات لها نوازع جنسية ثنائية قوية، والتي تعاني من اكتئاب وشقاء ومتزوجة عادة من زوج سلمي الشخصية، والتي تجد في هذا الواقع ما يدفعها إلى تغيير جنسها (الأنثوي) إلى (ذكري)، وهذا ما يدفعها إلى التعلق بابنها وبصورة تؤكد حس الأنوثة فيه، أما ميل الأنثى إلى تغيير جنسها الأنثوي إلى ذكري فإن Stoller يفسره على أساس أن الام مكتئبة ونائية في صلاتها الزوجية، بينما الأب يتسم بصفات رجولية مفرطة والتي تحول دون قيامه بتوفير الأسناد النفسي الكافي لزوجته، أو تشجيع نمو ابنته في الإتجاه الإنثوي، وفي مثل هذا الواقع العائلي فإن الطفلة الصغيرة، والتي لا تنال الإعتراف أو التشجيع على أنوثتها، فإنها بالضرورة تتجه إلى تبني المظاهر والإهتمامات الذكورية وتتجه إلى السمات التي يتمتع بها والدها.

هـ - ومن النظريات الأخرى النظرية التي تفسر الجنسية المعاكسة بأنها ناتجة عن صراع مبكر حول الهوية، ويساهم في تكوين ذلك، وبصورة غير واعية، الأبوان والدهن يعاملان الطفل أو الطفلة، بصورة تسند ميل الطفل إلى التشبه بالجنس الآخر.

## علاج الجنسية المعاكسة:

ليس للعلاج النفسي تأثير إيجابي يذكر على المعانين للجنس المعاكس، غير أن للعلاج النفسي أن يكون مفيداً في التخفيف من حالات الإكتئاب، ونقص التقدير للنفس، والشعور بالإثم، ومن المحاولات الإنتحارية، واللجوء إلى تناول الكحول، وغيرها من المؤثرات في العقل.

إن علاج حالات الجنسية المعاكسة لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار حقيقة أن معظم الذين يسعون إلى تغيير جنسهم إلى الجنس المعاكس هم غير مصابين باضطراب الجنس المعاكس، ولا بد لذلك من تحري كل حالة تسعى إلى مثل هذا التغيير بكل دقة وعناية، ومتى تأكد أن الإضطراب القائم هو الإضطراب الجنسي المعاكس، فإن الأسلوب العلاجي المتبع هو كالتالي:

١ - القيام بتجربة علاجية تتضمن إعطاء الفرد (ذكراً أو أنثى) الهرمون الملائم للجنس الذي يرغب الإنتقال إليه، فيعطى الذكر الذي يسعى لاتخاذ المظاهر الجنسية الأنثوية الهرمون الأنثوي استروجين estrogen، وللأنثى التي تسعى لاتخاذ المظاهر الجنسية الذكورية الهرمون الذكري تستسترون Testosterone، ومثل هذا العلاج الهرموني يقتضي العمل به لعدة شهور، ولتغيرات مختلفة أن تحدث بصورة تدريجية في جسم المتناول لهذه الهرمونات، فالذكر المتناول للهرمون الأنثوي له أن يظهر التغيرات التالية: نمو الثدي، نعومة الجلد، انخفاض في القوة العضلية، وإعادة توزيع الدهن في الجسم بصورة تتناسب مع جسم الأنثى، وانخفاض في القوة الجنسية، وانخفاض شعر الجسم، أما الأنثى فتعطى زرقات عضلية من الهرمون الذكري تستسترون، ولهذا أن يؤدي إلى منع الحيض الشهري، وإلى زيادة شعر الجسم والوجه، وتضخم البظر، والزيادة في عمق الصوت.

٢ - ضرورة قيام الفرد من الجنسين بتجربة حياتية يتخذ فيها هوية الجنس المعاكس، وذلك في أسلوب العيش، واللباس والعمل والمصاحبة.

٣ - في حالة اجتياز الفرد المرحلتين السابقتين بنجاح وقناعة كافية، وفي حالة الاستمرار بالإصرار على تغيير الجنس إلى الجنس المعاكس، يجري القيام بعملية جراحية لتغيير الملامح الأساسية، التي يتمتع بها الفرد (ذكراً أو أنثى) إلى الملامح الأساسية التي يتمتع بها أفراد الجنس المعاكس، ومثل هذه العملية تتم في عملية جراحية واحدة، وإن كان بعض الجراحين يقومون بها على دورتين أو أكثر، ومما يقتضي بيانه هو أن لهذه

العمليات أن تحدث تشوهات في المناطق الجنسية إضافة إلى بعض التأثيرات الجانبية .

### نتائج الجراحة الجنسية :

هناك تفاوت بين الباحثين في بيان نتائج هذه العمليات الجراحية التبديلية في كل من الإناث والذكور، فهناك تقارير تفيد بنجاح هذه العمليات في نسبة كبيرة من الذين أجريت عليهم، كما أن هناك تقارير أخرى تفيد بنجاح متواضع أو قليل، وهناك من يفيد بأن العلاج النفسي السلوكي والتأهيلي قد أعطى من الفائدة الإيجابية، وبدون إجراء جراحي، نسبة لا تقل كثيراً عن نسب النجاح للعمليات الجراحية، وهكذا يظل الجدل قائماً حول جدوى وجدارة هذا الإجراء الجراحي المغير والمهشم للخصائص الجنسية نتيجة هذا الإجراء. وعلى أي حال، فإنه يقتضي دائماً اتخاذ الخطوات القانونية اللازمة والتي تتطلب الموافقة الطوعية والمبنية على المعرفة الكاملة بالإجراء الجراحي واحتمالاته من الفرد الذي يرغب في إجراء هذا التبديل الجذري لهوية الجنس الذي هو عليه إلى الجنس الآخر.



## الفصل الثاني

---

### الرغبة الجنسية والنفور الجنسي

- مقدمة.
- اضطراب الرغبة الجنسية.
- العوامل السببية لاضطراب الرغبة الجنسية.
- انخفاض الرغبة الجنسية وأسبابها.
- تشخيص انخفاض الرغبة الجنسية.
- علاج انخفاض الرغبة الجنسية.
- اضطراب النفور الجنسي وعلاجه.
- اضطرابات جنسية أخرى.
- فشل العلاقة الجنسية الزوجية الأولى.
- المشاكل الجنسية بين الزوجين.
- مشاكل تصور الفرد لجسده.
- الدون جوانية.
- هوس الحورية.
- عسر المزاج التالي للعملية الجنسية.



## الفصل الثاني:

### الرغبة الجنسية والنفور الجنسي:

#### مقدمة:

يمكن تعريف الرغبة الجنسية بأنها التحسس الواعي بالميل أو الشهوة أو الحاجة للقيام بالعلاقة الجنسية، وتظهر الرغبة عادة على صورة خيالات جنسية الطابع يصاحبها الإنشغال بأفكار وخيالات جنسية. ومع أن الرغبة الجنسية تهدف إلى تحقيق غايتها، إلا أن لها أن تتوقف عند حدود الرغبة فقط، ولا تتعداها إلى أي ممارسة جنسية، كما أن للرغبة إن لم تنتهي بتحقيق غايتها، أن تسبب لصاحبها شعور الفشل والإحباط، ولها في البعض أن لا تسبب مثل ذلك، والفرق بين الشعور في الحالتين قد يكون بالغاً، كما أن له أن يكون بسيطاً، وذلك يعتمد على عدة مقررات، منها جنس الفرد، وعمره، وشخصيته، ومدى قوة دوافعه الجنسية، إضافة إلى حالته الصحية والنفسية العامة.

ليس هناك ما يسند الاعتقاد بأن الناس يتماثلون في قوة رغباتهم الجنسية، فهناك فروقاً بين تواجد وقوة الرغبة الجنسية بين الذكور والإناث، إذ تفيد الدراسات حول هذا الموضوع بأن الإناث بصورة عامة هن أقل تمتعاً بالرغبة الجنسية من الذكور، وإن

نسبة عطل الرغبة الجنسية عندهن تزيد على ضعف نسبة العطل في الرغبة الجنسية عند الذكور، وهناك إلى جانب هذه الفروق البينة بين الجنسين فروقاً بين الأفراد ذكوراً وإناثاً في مدى قوة الرغبة الجنسية، وفي حدود واسعة، كما أن مثل هذه الفروق تتوافر في الفرد نفسه بين حين وآخر، وبين فترة حياتية وأخرى، مما يجعل من الصعب تحديد مقياس واحد دائم لقوة الرغبة الجنسية في حياة أي فرد.

### اضطرابات الرغبة الجنسية:

تصنف اضطرابات الرغبة الجنسية حالياً إلى نوعين من اضطراب الرغبة:

#### اضطراب الرغبة الجنسية المنخفضة:

وهو اضطراب يتصف بوجود نقص متواصل أو متكرر من الخيالات الجنسية أو الرغبة في القيام بنشاط جنسي. والحكم على وجود مثل هذا النقص أو الغياب للرغبة الجنسية يتم بعد الأخذ بعين الاعتبار لبعض العوامل التي لها أن تؤثر في الأداء الوظيفي الجنسي مثل: عمر الفرد، وجنسه (ذكراً أو أنثى) والتجربة الحياتية للفرد.

#### اضطراب التجنب (النفور) من الجنس:

وهو اضطراب يتصف بنفور الفرد من العلائق الجنسية الفعلية، أو تجنبها، وكما هو الحال في النمط الأول من اضطراب الرغبة الجنسية، فإن اضطراب التجنب الجنسي له أن يكون دائماً أو متكرراً.

هذا والمعروف أن اضطرابات الرغبة الجنسية هي من أكثر الشكاوى وروداً في الحياة الزوجية للمتزوجين، وهي أكثر وقوعاً في الإناث منها في الذكور (٣٥٪ من الإناث، و ١٥٪ من الذكور)، وعلى العموم فإن اضطراب الرغبة الجنسية المنخفضة هو أكثر شيوعاً بين الجنسين من اضطراب النفور الجنسي.

#### العوامل السببية لاضطراب الرغبة الجنسية:

بالنظر لصعوبة التفريق بين العوامل المسببة لخفض أو نقص الرغبة الجنسية من ناحية، وتلك المسببة لتجنب العلاقة الجنسية والنفور منها، من ناحية أخرى، ولصعوبة التفريق بين نقص الرغبة وبين النفور من العلائق الجنسية، ولتوافر عوامل مشتركة لها أن تسبب الحالة أو الأخرى أو الحالتين معاً، فإننا سنقدم فيما يلي العوامل



الفعالة في إحداث العطل في الرغبة الجنسية وفي اضطراب النضور والإعراض عن العلاقة الجنسية في سياق واحد.

### العوامل البيولوجية:

يتضح فعل هذه العوامل من أن الرغبة الجنسية تبدو منخفضة أو ناقصة منذ سن مبكرة من مراحل النمو (الخدانة والمراهقة)، كما تتضح من أن نسبة غير قليلة من المتزوجين ذكوراً وإناثاً ممن يعيشون حياة زوجية مستقرة والذين يفيدون بأن علاقاتهم الجنسية تتسم بنشاط ضعيف وبقلة الرغبة وتباعد العلائق الجنسية، وتقدر هذه النسبة بحوالي ٢٠٪ من المجتمع، وقد اعتبر الباحثون بأن السبب الأساسي لمعظم هذه الحالات يمكن رده إلى أسباب بيولوجية هي من طبيعة الفرد الذي يعاني من نقص أو ضعف الرغبة الجنسية، وفي السنوات الأخيرة اتجه البحث إلى محاولة فهم ماهية هذه الطبيعة البيولوجية، وقد أمكن التوصل إلى الكشف عن هذه العوامل البيولوجية أو بعضها، ومما أفادت به البيانات أن للهرمونات وخاصة هرمون التستسترون علاقة وثيقة بالرغبة الجنسية، وبأن هناك انخفاضاً في مستوى هذا الهرمون في مصل الدم في الذين يعانون من نقص الرغبة الجنسية، وذلك بالقياس مع الأفراد الطبيعيين، والذين يتمتعون برغبة طبيعية، وأفادت بحوث أخرى بأن الناقلات العصبية تلعب دوراً في تقرير الرغبة الجنسية، مثال ذلك: إن الحصار المركزي للناقل العصبي دوبامين يؤدي إلى تقليل الرغبة الجنسية، هذا وقد يكون هناك فعل لناقلات عصبية أخرى في تقرير الرغبة الجنسية من عدمها أو قتلها.

### العوامل النفسية:

هناك العديد من العوامل النفسية والتي لها أن تقرر الرغبة الجنسية التي يتمتع بها الفرد، كما أن هناك العديد من النظريات التي وضعت لتفسير حالات العطل في الرغبة الجنسية ومن هذه.

\* النظرية التي جاء بها فرويد من أن انخفاض الرغبة الجنسية يحدث نتيجة الصراع الأوديبي (Oedipus Complex) والذي لم يتم حله، وبأن بعض الذكور نتيجة لذلك يظلون على الدور الجنسي القضيب في غموم الجنسي، وطبقاً لنظرية فرويد فإنهم يظلون وجلين من فرج الأنثى، ويتناهم الشعور (غير الواعي) بأن الإقتراب منها له أن يؤدي إلى خصيهم، وقد سمي فرويد هذا المفهوم لنظريته بالفرج المسنن Vagina dentata وذلك للتعبير عن المخاوف غير الواعية لعملية الخصي التي تهددهم إذا ما

راودتهم الرغبة في العلاقة الجنسية مع الأنثى .

\* وهناك نظرية أخرى ترى في أن نقص الرغبة الجنسية إنما يمثل في البعض شعور النقمة على الشريك الجنسي والسعي إلى تسبب المعاناة والأذى النفسي له .

\* ومن النظريات النفسية الأخرى، إن نقص الرغبة الجنسية إنما هو محاولة غير واعية لإبعاد المخاوف من العلائق الجنسية، ومن هذه المخاوف ما يتركز على الدوافع الجنسية المثلية (اللواطية) غير المقبولة، وهي مخاوف لها أن تثبط الطاقة الجنسية وأن تسبب أعراضاً عن العلائق الجنسية مع الجنس الآخر، ومن هذه النظريات أن انخفاض الرغبة إنما هو غطاء يقي الفرد من الشعور بالفشل الناجم عن الضعف أو العجز في العلائق الجنسية، ومن العوامل النفسية المقللة من الرغبة الجنسية ما يمكن أن يتعرض له الفرد من إجهادات نفسية، وقلق واكتئاب. ومن العوامل السببية الأخرى معاناة الفرد من حالات مرضية جسمية أو نفسية أو عقلية - خاصة العضوية منها .

\* ولبعض المستحضرات والعقاقير خاصة تلك التي أما تثبط الجهاز العصبي المركزي (مثل الكحول، والمهدئات، والمسكنات، والمخدرات)، أو التي تؤدي إلى التقليل من إفراز هرمون التسترون، وفي الحالتين فإن انخفاضاً يحدث في الرغبة الجنسية، ولهذا الإنخفاض أن يزول بسرعة بعد انحسار فعل العقاقير المستعملة، غير أن له أن يتواصل إلى مدد أطول تتفاوت طولاً بين فرد وآخر وتبعاً لمدة استعمال هذه العقاقير ونوعيتها .

### العلائق مع الشريك الجنسي :

تفيد دراسات عديدة بأن طبيعة العلائق بين الفرد وبين شريكه الجنسي (ذكراً أو أنثى)، هي من أهم العوامل المقررة للرغبة الجنسية، فللصراعات بين الجنسين، أو لفقدان التوافق بينهما نفسياً وجنسياً، وفقدان جاذبية الواحد نحو الآخر، لها أن تصد الرغبة الجنسية من أساسها، ولعوامل أخرى طارئة في الشريك الجنسي أن تقلل أو أن تمنع الرغبة الجنسية، كإصابة الشريك بمرض جسدي عام، أو باضطراب مرضي في المواقع الجنسية، أو بإصابته بحالة نفسية أو عقلية .

### انخفاض الرغبة الجنسية وأسبابها:

لما كانت الرغبة الجنسية تتفاوت في حدود واسعة بين الأفراد فإن من الصعب تعيين حدود فاصلة بين ما يقتضي اعتباره رغبة جنسية طبيعية المستوى وبين ما يقتضي

اعتباره حالة منخفضة من الرغبة الجنسية، وهناك كما هو معروف تفاوت واسع بين الأفراد في حضارات ومجتمعات مختلفة فيما يتعلق بأنماط الممارسات الجنسية من رغبة أو أداء في كلا الجنسين، كما أن هناك تبايناً في هذا الأمر وفي كل مجتمع بين مستويات الرغبة الجنسية، والأداء الجنسي بين مرحلة وأخرى من العمر، وحتى في المرحلة الواحدة بين الأفراد طبقاً للشرائح الإجتماعية والإقتصادية والثقافية التي ينتمون إليها، وفي تقدير وجود ودرجة أي انخفاض في رغبة الفرد الجنسية فإنه لا بد من أخذ هذه التباينات بعين الاعتبار، إضافة إلى مدى ما يشعر به الفرد ذاته من انخفاض في رغبته الجنسية أو بالقياس مع غيره في سنه ومحيطه.

إن الرغبة الجنسية للفرد وما لها أن تدفع به إلى العلاقة الجنسية هي بمثابة الدور المشهي الأول من أدوار الإستجابة الجنسية، وهو الدور الذي يهيء للممارسة الجنسية الفعلية، وهي بذلك نشاط بالغ الرقة والدقة، ولها أن تتأثر سلبياً بعامل سببي أو أكثر من العوامل التي سبق بيانها في مقدمة الفصل، وفيما يلي تفصيل للعوامل السببية التي لها أن تؤدي إلى انخفاض الرغبة الجنسية إلى مستوى يقل بصورة واضحة عما هو مفترض من الحدود المعتدلة للرغبة الجنسية الطبيعية: -

\* حالات الإنخفاض الأساسي في الرغبة الجنسية والتي تظهر في سن الطفولة والحداثة والمراهقة وتظل على ذلك في أدوار النمو اللاحقة، ومعظم هذه الحالات تتقرر أما بعوامل وراثية أو بايولوجية أو ترتبط بأفات عضوية في الجهاز العصبي أو الهرموني.

\* حالات انخفاض الرغبة المرتبطة باضطرابات مرضية استقلابية Metabolic

. Disorders

\* الإصابة باضطراب في الجهاز العصبي المركزي أو الجهاز العصبي المحيطي.

\* الإصابة باضطرابات مرضية جسمية في جهاز أو آخر من أجهزة الجسم.

\* الإضطرابات الهرمونية (السكري، نقص الدرقية، فرط الدرقية، عطل الغدة

النخامية، مرض أديسون).

\* الإصابة باضطرابات مزاجية أو عقلية مثل الكآبة والشيذوفرنيا.

\* تناول العقاقير والمستحضرات وإساءة استعمالها.

\* فقدان الجاذبية أو التوافق بين الشريكين.

\* معاناة صراعات نفسية غير واعية حول الجنس، ومعاناة الفزع أو القلق أو

المخاوف في مجال العلائق الجنسية).

- \* الإنخفاض في مستويات هرمونات الأندروجين.
- \* خشية الفرد من الفشل في العلاقات الجنسية.
- \* انخفاض الرغبة الجنسية قد يكون تعبيراً عن العدوانية نحو الشريك الجنسي.
- \* موقف الحضارة والمجتمع والديانة التي ينتمي إليها الفرد من الحياة الجنسية.
- \* إمكانية أن يكون انخفاض الدافع الجنسي نتيجة لمعاناة الفرد من نهي لدور التهيج الجنسي (بما في ذلك الإنتصاب والولوج)، أو نتيجة للعطل في الوصول إلى الذروة.

### تشخيص انخفاض الرغبة الجنسية:

يقتضي لتشخيص قيام حالة الإنخفاض من عدمها أن تؤخذ بعين الإعتبار النقاط التالية:

- ١ - فيما إذا كان انخفاض الرغبة أساسياً، أي أنه أصاب الفرد منذ البداية المألوفة لتفتح الخيالات والرغبات الجنسية، أو أنه بدأ بعد فترة طبيعية من التمتع برغبات جنسية.
- ٢ - الأخذ بعين الاعتبار الوظائف الجنسية المتوقعة بالنسبة لعمر الفرد وجنسه ومحيطه وسياق حياته الشخصية.
- ٣ - ضرورة تعيين فيما إذا كان هبوط الرغبة الجنسية يظهر بصورة شاملة في جميع المواقف التي من شأنها أن تثير الرغبة الجنسية، أو أن الهبوط يرتبط فقط بموقف معين أو مع شريك جنسي معين.

### العلاج:

علاج عطل أو انخفاض الرغبة الجنسية هو من أصعب إن لم يكن أصعب المحاولات العلاجية لاضطرابات العطل الجنسي، وقد تكون الصعوبة أقل في الحالات التي يكون فيها انخفاض الرغبة مرتبطاً بحالة مرضية يمكن علاجها، أو بعامل مثبت للرغبة الجنسية مما يمكن تغييره كالعقاقير والمستحضرات المثبطة للرغبة الجنسية، وللعلاج أن يكون أكثر صعوبة في تلك الحالات التي يرتبط فيها نقص الرغبة بعوامل نفسية وصراعات داخلية غير واعية، أو بأفكار خاطئة حول العلاقات الجنسية، وفي مثل هذه الحالات تبين هناك فائدة من تطبيق التقنيات العلاجية الفكرية (علاج المعرفة) Cognitive

therapy، وبدرجة أقل نفعاً باستعمال الطرق العلاجية النفسية الدينامية المبينة على الصراعات الأوديبيّة Oedipal conflicts، وهناك فائدة من استعمال الطرق السلوكية والتي تتضمن القيام بتمارين تهدف إلى زيادة الشعور بالمتعة الجنسية، وإقامة الإتصال الملائم مع الشريك الجنسي، أما العقاقير، فإنها قليلة الفائدة في مجال إذكاء الرغبة الجنسية، وحتى هرمون التستسترون فإنه قليل الجدوى في رفع الرغبة الجنسية في الجنسين.

### اضطراب النفور الجنسي *Sexual aversion disorder* :

يتسم هذا الإضطراب بشعور النفور والأعراض عن التماس الجنس بمختلف درجاته والذي قد يبلغ إلى حد الخوف غير المعقول أو حتى الهلع، هذا ويقتضي تفريق هذا الإضطراب عن اضطراب نقص الرغبة الجنسية، فبينما يعاني الفرد في حالة النفور من مشاعر الخوف والقلق والرغبة في النأي عن موطن الإثارة أو العلاقة الجنسية، إلا أن نقص الرغبة الجنسية هو مجرد أعراض أو فقدان الميل للتماس الجنسي وبدون أي محتوى عاطفي مصاحب باستثناء ما قد يشعر فيه الفرد من فشل وإخفاق في المشاركة بالنشاط الجنسي، ويعرف التصنيف الأمريكي الأخير DSM - III - R اضطراب النفور الجنسي بأنه: (تجنب دائم أو متكرر وإعراض عن كل أو جل تماس جنسي مع شريك جنسي)، ويرى بعض الباحثين بأن اضطراب النفور الجنسي يماثل إلى حد كبير اضطراب نقص الرغبة الجنسية، وبأن من الصعب لذلك تعيين حدود فارقة وواضحة بينها، وبأن بالإمكان لذلك اعتبار الإضطرابين حالة واحدة، غير أن من الواضح أن فقدان الرغبة هو حالة سلبية، بينما اضطراب النفور فإنه يمثل حالة فعالة تدفع الفرد إلى الابتعاد عن التماس الجنسي، وبأنها حالة كثيراً ما ترتبط بانفعالات فيزيولوجية ونفسية تعبر عن ذلك الشعور.

### العلاج :

يتناسب الأسلوب العلاجي مع العامل السببي المؤدي أصلاً للنفور من التماس الجنسي، وهدف العلاج لأساسي هو إزالة أو التقليل من مخاوف المريض وبالتالي تجنبه للعلائق الجنسية، ومن أهم اضطرابات التجنب والتخوف من العلائق الجنسية هو اضطراب الفزع من العلائق الجنسية والذي يتم علاجه عادة بصورة إيجابية، وذلك إما بطرق علاجية سلوكية (طريق إزالة الحساسية desensitization technique للتماس الجنسي، والذي يتم على خطوتين، في الخطوة الأولى عن طريق التعريض التدريجي في

الخيال للمواقف الجنسية، وفي الخطوة الثانية بالتعريض الحي والمباشر للموضوع الجنسي أو الموقف الجنسي المثير للقلق، ومن الطرق العلاجية المفيدة استعمال أحد المركبات الحلقية المضادة للكآبة وخاصة مركب كلوامبرامين (انافرانيل Anafranil) أو عن طريق العلاج الجنسي.

### اضطرابات جنسية أخرى:

هناك العديد من الاضطرابات الجنسية التي لم يتم تصنيفها حتى الآن ضمن الاضطرابات الجنسية التي سبق بيانها، أما لأن هذه الاضطرابات نادرة الوقوع، أو لأنه ما زال من الصعب تحديد خصائصها وبالتالي تفريقها عن الاضطرابات الجنسية المعروفة كالانحرافات الجنسية واضطرابات العطل في الأداء الجنسي، ومن هذه الاضطرابات.

- ١ - فشل إتمام العلاقة الجنسية عند الزواج.
- ٢ - المشاكل الجنسية بين الزوجين.
- ٣ - مشاكل تصور الفرد لجسده.
- ٤ - الدون جوانيه.
- ٥ - هوس الحورية.
- ٦ - عسر المزاج التالي للجماع.

### ١ - فشل العلاقة الزوجية الأولى:

يفشل الكثيرون من الأزواج في إتمام العلاقة الجنسية في لقاءهم الزوجي الأول، ولهذا الفشل أن يتكرر وأن يستديم لمدة طويلة من الزمن، ومعظم حالات الفشل تأتي من جانب الزوج، وفي حالات أخرى يتسبب الفشل من جانب الأنثى، أو من الجانبين معاً، فالزوجين قد يكونا عديمي الخبرة بالممارسة الجنسية، أو تنقصهما الجرأة، أو التوافق، أو أن ظروف اللقاء الجنسي لا تشجعها على الدخول في تجربة جنسية حاسمة، وفي حالة فشل الزوج، فإن ذلك يرد إلى سبب أو آخر من أسباب عدة، من أهمها: جهل الزوج بالحياة الجنسية، وممارستها، ومعاناته للقلق خشية أن لا يستطيع إثبات رجولته ليس فقط لزوجته وإنما بالنسبة لمجتمعه، أو بسبب ما اكتسبه من النواهي عن العلائق الجنسية أما كشيء محرم، أو كممارسة قذرة، أو نتيجة لتهيجه السريع واضطراره للقذف المبكر قبل الولوج، أو نتيجة لمعاناته قبل الزواج من عطل جنسي

أولي أو ثانوي، وللزوج أن يفشل في ممارسته الجنسية الأولى إذا ما ظهر له من مظاهر جسدية عامة أو خاصة في زوجته ما يصده وينهاه عن الممارسة الجنسية، أو بسبب ما تبديه الزوجة من رفض وممانعة أو ما تتصف به من برود وعدم استجابة، ولبعض الأزواج أن يعانون مما يعرف بالهلح الجنسي، وهي حالة من انفعال الخوف غير الطبيعي والشديد من العلاقة الجنسية، وللزوج أن يفشل في علاقته الزوجية الأولى بالرغم من كفاءته الجنسية وممارسته الجنسية السابقة إذا ما كان خياله الجنسي منصباً على تجربة جنسية أو علاقة عنيفة وجدانية في السابق مع أنثى أخرى غير زوجته، ولمثل هذا الخيال المسيطر أن ينهيه عن أي علاقة جنسية جديدة، أما فشل العلاقة الجنسية من جانب الزوجة فهو يحدث نتيجة لممانعتها في إتمام هذه العلاقة أما نتيجة لرفض فكرة الزواج بصورة عامة، أو بالنسبة لزوجها بصورة خاصة، أو نتيجة للخوف من الأذى، أو بسبب معاناة الأم، وكثيراً ما يحدث هذا الفشل نتيجة لما للزوج أن يبديه من عنف وقسوة على زوجته في أداء مبادرته الجنسية الأولى.

إن مصير النسبة العظمى من حالات الفشل في العلاقة الجنسية الأولى هو تجاوز هذا الفشل عاجلاً أو أجلاً، وكل تأخير في إتمام العلاقة له أن يزيد من احتمال إطالة الفشل، وهناك حالات عديدة يلزمها الفشل لمدة طويلة والتي يتعذر حلها إلا بالفراق بين الزوجين.

## ٢ - المشاكل الجنسية بين الزوجين:

للعلائق الجنسية أن تضطرب بين الزوجين بدون أن يكون هناك عطل في الأداء الجنسي لكل منهما. وبدون أن يكون هناك فشل في الأداء الجنسي من الجانبين عند الزواج، ومعظم هذه المشاكل تنجم عن التباين في مفهوم العلاقة الجنسية عند الزوجين، أو نتيجة الاختلاف في قوة الرغبات الجنسية لكل منهما، ولعل أهم المشاكل الجنسية وأكثرها وروداً في الحياة الزوجية تنسب عن قلة أو عدم التوافق بين الزوجين في مجال حياتها العاطفية، ولهذا الواقع من عدم التوافق أن يفسد الحياة الزوجية ليس في الناحية الجنسية فقط، وإنما في جميع النواحي الحياتية الأخرى.

## ٣ - مشاكل تصور الفرد لجسده:

بعض الأفراد من ذكور أو إناث قد يحملون صوراً خاطئة عن أجسادهم، أما بصورة عامة أو حول بعض أعضائهم بصورة خاصة، وخاصة تلك المواقع الجسدية التي تستغل في العلاقات الجنسية مباشرة أو بصورة غير مباشرة، ولتوطن الصورة السلبية

للفرد عن جسده أو لعضو فيه أن يؤدي إلى فقدان الفرد لثقته بنفسه وإلى شعوره بالنقص والضعف، مما له بالتالي أن يؤدي إلى عطل في حياته الجنسية، ولمثل هذا الشعور بالنقص أن يدفع الفرد إلى التستر على جسده، ذكراً أو أنثى، أثناء العلاقة الجنسية، وذلك تجنباً للكشف عما يعتبره نقصاً في تكوينه الجسدي، وتفيد الدراسات بأن الكثير من مثل هذه الحالات من الشعور بالنقص ليس لها ما يبررها وإنما هي حالات شعورية متخيلة لا تنطبق على الواقع، وهي بذلك إنما تعكس ما يعانيه الفرد من اضطراب في الشخصية وفي تكامل صورته عن ذاته.

#### ٤ - الدون جوانية:

يعود هذا المصطلح إلى شخصية دون جوان، وهي شخصية خيالية مختلفة حالها في ذلك حال شخصيات خيالية أدبية أخرى مثل دون كيشوت، وهاملت، وجحا، وقد أضفي على هذه الشخصية مغامرات بطولية وصعلوكية وإغرائية واغتصابية للنساء، وقد أضيفت شخصية دون جوان على أولئك الذين يتمتعون في الظاهر بطاقة جنسية عارمة والذين يتباهون بصولاتهم الجنسية مع العديد من النساء، وفي المجال النفسي اكتسبت مغامرات دون جوان وتبجحاته معنى خاصاً، فسرت على أن ما ظهر من هذه المغامرات إنما هو محاولة لإخفاء شعور النقص الذي يعانيه كل من يتصف بمثل هذه المسالك، وامتد هذا التفسير لينوه بأن مثل هذا السلوك الدون جواني قد يرتبط بميول أو ممارسات جنسية مثلية (لوطية) في صاحبه، وهي التهمة التي تدفع به إلى ردها عن نفسه بالإمعان في العالقات الجنسية مع النساء. ومن الملاحظات التي دونت عن بعض المتصفين بالشخصية الدون جوانية أنهم في واقع حياتهم الجنسية يعانون من نوع أو آخر من العطل الجنسي، وبأن ملاحظتهم للنساء وما يتصفوا به من مغامرات إنما هي تمويه عن هذا العطل، ومحاولة للتعويض عنه بما هو ضده. وما يقتضي الإشارة إليه أن شخصية دون جوان قد وجدت التعبير عنها بمآثر أدبية وفنية عديدة في أوروبا خلال القرون الثلاثة الماضية ومن أهمها التراجيدية التي ألفها الكاتب الإسباني تيرسو بعنوان (فاتن إشبيلية)، ورائعة الموسيقار موتزارت. الأوبرا دون جوفاني، ويمكن القول بوجود شبه بين الشاعر العربي عمر بن أبي ربيعة في مغامراته النسائية في بعض نواحيها مع شخصية دون جوان الخيالية.

#### ٥ - هوس الحورية: *Nymphomania*:

هذه حالات من اضطراب الحياة الجنسية في بعض الإناث مما يتماثل مع حالات



الإضطراب الدون جواني التي سبق ذكرها في بعض الرجال، وفي ظاهر الحال فإن هذا الإضطراب يصف تلك الأنثى التي تسعى لإرضاء الجنس بصورة متكررة سواء مع شريك جنسي واحد أو أكثر، وبأنها لا تكتفي من كل ذلك، غير أن البحث في واقع حال الإناث اللواتي يتصفن بهذه الظاهرة يفيد بعكس ذلك، ويفسر سلوكهن أما بأنه ناجم عن أن الأنثى لا تحصل على ذروتها الجنسية من العلائق الجنسية من أي مصدر، وهي لذلك تكرر وتمعن في تكرار العلاقة الجنسية سعياً وراء أمل الحصول على الذروة، كما يفسر السلوك بأنه ناجم عن خوف الأنثى من فقدان مصادر الحب لها، وهي بذلك تسعى للإبقاء على هذه المصادر عن طريق الإلحاح الجنسي والذي لا يمثل بدوره أية دوافع جنسية في حد ذاتها.

#### ٦ - عسر المزاج التالي للفعل الجنسي :

يعاني بعض الذكور ومثلهم من الإناث من المتزوجين أو غير المتزوجين من اضطراب في المزاج في الفترة الزمنية التالية للحصول على الذروة وانتهاء دور العملية الجنسية، ومن أعراضها الشعور بالتوتر، والإنفعالية، والإكتئاب، والقلق، والخمول الجسمي والنفسي، وأحياناً الرغبة إلى الإبتعاد عن الشريك الجنسي، أو أبعاده، بما في ذلك ممارسة العنف الكلامي أو الجسدي، وأكثر هذه الحالات من عسر المزاج تصيب الذكور أكثر من الإناث، وهناك نظريات متعددة حول أسباب هذه الحالة المزاجية المفارقة لما يحدث من شعور الراحة والمتعة والإنفراج بعد انتهاء اللقاء الجنسي والتي يشعر بها الفرد عادة، ومن التفسيرات لهذه الحالة أن المراكز العصبية التي تعطي الفرد شعور الإنفراج النفسي ترتبط وظيفياً بالمراكز العصبية التي توفر عكس ذلك الشعور، ومن التفسيرات أيضاً أن المركز العصبي الذي يعطي شعور اللذة يستهلك طاقته بسرعة أثناء دور اللذة الجنسية، وبأن هبوطه المفاجيء هو الذي يؤدي إلى عسر المزاج، ومن النظريات الأخرى أن عسر المزاج يأتي أما بسبب شعور الفرد بالإثم عن العلاقة الجنسية لأسباب أخلاقية، أو دينية، أو وجودية، أو نتيجة للتخوف من احتمال الإصابة بمرض، أو حصول مشاكل وتبعات نتيجة الممارسة الجنسية، ومنهم من يصاب بهذه الحالة لإدراكه فيما بعد أن شريكه الجنسي هو أو (هي) ليس بأهل لإفراغ طاقته الجنسية، مما يثير فيه لوم النفس وما ينجم عن ذلك من أعراض عسر المزاج.



## الفصل الثالث

---

### النشاط الجنسي

- مقدمة.
- العناصر الضرورية للنشاط الجنسي.
- نشاطات دورة الاستجابة الجنسية:
  - النشاطات في الأنثى.
  - النشاطات في الذكر.



## الفصل الثالث

### النشاط الجنسي

#### مقدمة :

ينظر الكثيرون من الناس إن لم يكن معظمهم إلى النشاط والسلوك الجنسي، بأنها فعالية تتحدد بالعضو التناسلي في كل من الذكر والأنثى، وبأنها تبدأ وتنتهي في العضو نفسه، وهذه نظرة في غاية التبسيط لعملية هي من أدق العمليات التي يقوم بها الإنسان في حياته، ومن أكثرها تعقيداً، وليس أدل على هذه الدقة والتعقيد من وفرة حالات الإضطراب في الحياة الجنسية في كلا الجنسين، والصعوبة العظيمة في علاج هذه الحالات وردها إلى المسار الطبيعي، قد دفعت الباحثين خاصة خلال هذا القرن، إلى محاولات الكشف عن ماهية الجنس، وعن العوامل المختلفة المقررة للنشاط الجنسي، وقد توافرت حتى الآن الكثير من البيانات التي تؤكد ما ذهبنا إليه من القول عن دقة وتعقيد حياتنا الجنسية، وفيما تبقى من هذا الفصل، فإننا سنتناول مختلف النشاطات المرتبطة بسلوكنا الجنسي، وهي النشاطات التي يقتضي توافرها بصورة مترامنة ومتكاملة لكي يتمكن الفرد ذكراً أو أنثى من ممارسة حياته الجنسية بصورة طبيعية والتي للعطل في أحد عناصرها أن ينعكس على صورة عطل أو اضطراب في ناحية أو أخرى

من النواحي التي تتسم بها العملية الجنسية في أدوارها المختلفة. وفيما يلي نعطي البيانات المتوافرة حول متطلبات الحياة الجنسية الطبيعية في الذكر، وهي متطلبات يقتضي توافرها في الأنثى أيضاً مع بعض الفروق المتصلة بالتكوين الجسمي للمرأة وبأعضائها الجنسية.

### العناصر الضرورية للنشاط الجنسي :

يقتضي توافر عدة عناصر لتمكين الفرد من القيام بالنشاط الجنسي، من بدايته بالتوجه نحو الخيالات والرغبات الجنسية، وعبر أدوار العملية الجنسية المتعاقبة، وحتى نهاية هذه الأدوار بالشعور بالذروة، والرضا. ويمكن تقسيم العناصر المشاركة والضرورية للقيام بهذا النشاط إلى فئتين، الفئة الأولى هي فئة العناصر البيولوجية، أما الفئة الثانية فهي فئة العناصر النفسية، والتقسيم إلى هاتين الفئتين ليس له أن يدل على أن الفئة الواحدة منها هي فئة مستقلة وفي معزل عن الفئة الأخرى، أو أن ينوه بوجود تفاضل بينهما، فالفئتان متكاملتان وليس للنشاط الجنسي أن يتم بدون المشاركة الفعالة والمتفاعلة بينهما.

### أ - فئة العناصر البيولوجية :

تكون هذه الفئة من العناصر الأساس البيولوجي للنشاط الجنسي، وبدون هذا الأساس في جميع أجزائه، فإنه يتعذر القيام بهذا النشاط أو إكماله بصورة طبيعية مهما كانت الرغبة الجنسية جامحة وملحة، والبحث في هذا الأساس البيولوجي يفيد بوجود عدد من المناطق والمراكز البيولوجية والتي تساهم في العملية الجنسية وأهم هذه :

### الجهاز العصبي :

يشمل الجهاز العصبي المختص بالنشاط عدة عناصر تساهم كلها في الأداء الجنسي وأهم هذه هي :

- ١ - نواة الهايوثا لموس في الدماغ، والجهاز الحافي خاصة نواة الأمجدلا في الفص الصدغي للدماغ.
- ٢ - القشرة الدماغية.
- ٣ - الجهاز العصبي الأتونومي بشقيه السمبثاوى والبارسمبثاوى.
- ٤ - المسارات العصبية الحسية الواردة من الجهاز التناسلي ومن المناطق الحساسة

الأخرى في الجسم والتي لها أن تشير الأحاسيس بالرغبة الجنسية، والمنتهمية بالمراكز الدماغية العليا.

٥ - المسارات العصبية الخارجة من الدماغ والمنتهمية في الأعضاء التناسلية والتي تحمل الرسائل العصبية من الدماغ إلى هذه المناطق.

٦ - وأخيراً العصب أو الأعصاب المغذية للعضو التناسلي. وقد اتضح من الدراسات المختلفة بأن لكل واحدة من هذه العناصر مساهمتها في أداء النشاط الجنسي وذلك بالمشاركة والتكامل مع العناصر العصبية الأخرى، وبأن حدوث أي خلل أو عطل في أي من هذه العناصر له أن يؤدي إلى اضطراب أو عطل في العملية الجنسية، ومن أمثلة ذلك ما يمكن أن يصيب هذه العناصر العصبية من ضرر أو تلف نتيجة الإصابة بأفات عضوية في الجهاز العصبي في الدماغ أو خارجه، كصدمات الشدة، والأورام، والالتهابات، والضمور العصبي، والإضطرابات الغذائية، وفعل المستحضرات والعقاقير، وغيرها من الأسباب الواقعة على الجهاز العصبي، ويتضح من تعدد العناصر العصبية وامتدادها الواسع مدى أهمية الجهاز العصبي في النشاط الجنسي، ومدى الصعوبات المحتملة في عمليات تشخيص وعلاج حالات الإضطراب الجنسي الناجمة عن الخلل في المراكز الجنسية العصبية، ولهذا الواقع أن يفند ما يعتقدده الكثيرون من الناس بأن العملية الجنسية تتركز في العضو التناسلي دون غيره من أجزاء الجسم، وبأن هذا العضو هو مبدأ النشاط الجنسي ونهايته.

\* البينات التي تفيد بأن نواة الهايبوثالموس لها فاعلها في النشاط الجنسي، فإحداث آفات متلفة للجزء الأمامي لنواة الهايبوثالموس يمنع التنشيط الهرموني للفعاليات الجنسية.

\* وجود مواقع عديدة لربط مواد (الستيرويدات Steroids) في منطقة الهايبوثالموس والتي تتفاعل مع الهرمونات بهدف تنعيم السلوك الجنسي.

### الجهاز الهرموني:

هناك حاجة ضرورية لتوافر الهرمون الجنسي للشروع في العملية الجنسية والقيام بها، فالإثارة الجنسية تتطلب هرمون تستسترون (الهرمون الذكري والذي تفرزه الخصيتان)، وبمقادير كافية لإحداث عملية الإنتصاب، فإذا توافر هذا الهرمون أمكن الإنتقال من دور الإثارة الجنسية إلى دور الإستجابة لهذه الإثارة بالإنتصاب القضيبى الفعلي، أما إذا نقص هذا الهرمون، كما لذلك أن يحدث نتيجة لتلف الخصيتين، أو

إصابة غدة البروستات بالسرطان، أو نتيجة التقدم في العمر، أو بسبب تأثير بعض العقاقير والمستحضرات، أو نتيجة لاضطراب النوبات العصبية والغدد الهرمونية العليا المسيطرة على الإفرازات الهرمونية، فإن للإنتصاب أن يضعف أو أن يتعذر مهما كانت الحاجة أو الرغبة الجنسية قائمة أو ملحّة، وتفيد البحوث الطبية بأن توافر هذا الهرمون في الأنثى هو الذي يذكي الرغبة في الأداء الجنسي عندها، كما تفيد بأن العطل الجنسي الناجم عن شحة أو نقص التستسترون في الذكور له أن ينحسر نتيجة للتعويض عنه بهرمون التستسترون عن طريق الفم، أو بالزرق العضلي، أما العطل الجنسي الذي لا يظهر فيه هذا النقص في الهرمون فإن علاجه الهرموني لا يجدي نفعاً، ولا بد لذلك من استقصاء أسباب العطل في مجال آخر، وعلاجه على هذا الأساس.

### الدورة الدموية:

للدورة الدموية أهمية عظمى في العملية الجنسية، فالعضو الجنسي يحتاج إلى فيض من الدم لكي يتوتر وينتصب، (في حالة الذكور)، وإذا شح الدم، كما له أن يحدث في حالات تصلب الشرايين أو نتيجة تسرب الدم الوريدي من أوردة القضيب، فإن احتقان القضيب، وبالتالي توتره وانتصابه يضعف ولا يستديم طويلاً، هذا ويلعب الجهاز العصبي الذاتي (الأنونومي) دوراً هاماً في تنظيم الدورة الدموية للعضو التناسلي ولأضطراب وظيفة هذا الجهاز، ولأي سبب، أن ينعكس ذلك على عملية التوتر والإنتصاب، وكما هو معروف، فإن بعض التقنيات العلاجية لحالات العنة تهدف إلى زيادة الدورة الدموية في العضو التناسلي بوسائط عقاقيرية أو ميكانيكية أو جراحية.

### الأعصاب المزودة للعضو التناسلي:

تصل الأعضاء التناسلية في كل من الذكر والأنثى بأعصاب متخصصة تنقل الرسائل العصبية الصادرة من الجهاز العصبي المركزي إلى العضو التناسلي، فإذا أصاب العطل هذه الأعصاب انقطعت الصلة بين مراكز الجنس العليا وبين العضو التناسلي مما يجعل استجابة هذا العضو للإثارات الجنسية أمراً متعذراً، ولهذا العطل أن يحدث على أي مستوى دون المراكز العصبية العليا، وأكثر ما يحدث نتيجة لإصابة النخاع الشوكي والأعصاب الصادرة منه في البطن والحوض، كما في حالات الشدة على النخاع الشوكي، والعمليات الجراحية في البطن والحوض، والعمليات لاستئصال غدة البروستات أو سرطانها، وغيرها من الحالات، وللعصب الحسي الصادر من العضو التناسلي أهمية في تزويد المراكز العصبية العليا باستجابات العضو للإثارة الموضعية مما له



أن يثير هذه المراكز فيدفعها إلى زيادة فعلها الإثاري على الأعضاء التناسلية، فإذا انقطعت هذه الإثارات الحسية الصادرة من العضو التناسلي، ولأي سبب، فإن لذلك أن يكون بالغ التأثير على العملية الجنسية وله أن يعطل كلياً الإستجابات الجنسية، وهذا يحدث عادة نتيجة لتغيرات نسيجية في الأعضاء التناسلية، أما لأسباب موضعية، وأما نتيجة لإصابات عصبية كالإصابة بمرض السكري.

### ب - فئة العوامل النفسية:

في اعتقاد الكثيرين من عامة الناس وحتى في أوساط الخاصة منهم هو أن النشاط الجنسي من جميع أدواره يثار وينشط من الأعضاء الجنسية نفسها. وبأن العلاقة الجنسية تبدأ وتنتهي في هذا المجال الفيزيائي (الجسدي) المحدد ومثل هذا الرأي الخاطيء أن يعطي الإنطباع بأن النواحي النفسية من النشاط الجنسي هي بمثابة النتيجة للأداء الجنسي وليست المحركة الأولية لهذا الأداء. ومع أنه لا ينكر بأن الإثارة الموضعية للمواطن الجنسية في الجسم لها أن تثير النشاط الجنسي وأن تؤدي إلى حدوث جميع أدوار الإستجابة الجنسية، إلا أن ذلك لا يتم كلياً في معزل عن فعل العوامل النفسية والعاطفية والتي تلعب الدور الأعظم في إثارة النشاط الجنسي وشحذه في معظم الناس وفي معظم الحالات. ولما كانت العوامل النفسية هي عوامل محرّكة غير منظورة، لهذا يقتضي استقصاء هذه العوامل على أسس علمية من البحث والإستنتاج. وفيما يلي مختصر لأهم وجهات النظر من علمية وافتراضية والتي أوردها الباحثون حول فعالية وأهمية العوامل النفسية في موضوع الحياة الجنسية.

أولاً - لم يكن فرويد أول من أولى الحياة الجنسية الإنسانية الإهتمام، غير أنه ربما كان أول من ربط نمو شخصية الطفل النامي بنحو موازي للحياة الجنسية. وقد افترض فرويد أن هذا النمو يمر في عدة أدوار متوالية والتي سهاها بأدوار النمو النفسي الجنسي، وفي رأي فرويد أن الأدوار الثلاثة الأولى من هذه الثنائية في تطور النمو النفسي الجنسي تتم خلال السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل. كما كان من رأيه بأن تنامي أو انعدام نمو هذه الأدوار هو الذي يقرّر طبيعة شخصية الفرد.

ثانياً - لقد عارض الكثيرون من معاصري فرويد أو من تلوه نظريات فرويد. واتجه بعضهم إلى محاولة الفصل بين النفس والجنس في تكوين الشخصية، وحاول آخرون التقليل من أهمية الجنس في المسيرة الحياتية للإنسان، إلا أن هذه المحاولات لم تفلح من الإنقاص من فعل العوامل النفسية في الحياة الجنسية.

ومن الذين تابعوا النهج الفرويدي هو أريك اريكسون Erik Erikson . وهو أحد الفرويديين الجدد، والذي أقر بالأدوار النفسية الجنسية للحياة الجنسية. غير أنه أضاف لها أدواراً موازية من النمو سهاها بأدوار النمو النفسية الإجتماعية، وبهذا الإفتراض فإن اريكسون قد أضاف للحياة الجنسية بعداً آخر يتفاعل معها غير البعد النفسي وهو البعد الإجتماعي .

ثالثاً - أفادت البحوث والتجارب الحيوانية بأن المنطقة الدماغية الخافية (الطرفية Limbic System)، والتي تتألف من عدة أجزاء مترابطة من الجهاز العصبي المركزي في الدماغ، تلعب دوراً هاماً من النشاط الجنسي للحيوانات، وكما هو معروف علمياً فإن هذه المنطقة تختص بأداء فعاليات السلوك العاطفي للإنسان أيضاً بما في ذلك السلوك والنشاط الجنسي، كما اتضح أيضاً بأن إثارة هذه المنطقة كميائياً أو كهربائياً له أن يثير النشاط الجنسي، كما أن لإتلاف هذه المنطقة بصورة أو أخرى له أن ينهي عن النشاط الجنسي وبصرف النظر عن أية إثارة للأعضاء الجنسية في حد ذاتها.

رابعاً - أفادت البحوث حول الحياة الجنسية للإنسان بأن لا توجد فروق أساسية في أدوار النشاط الجنسي بين الإنسان والحيوانات الفقرية، والفروق القائمة هي فروق نسبية، والتي تتقرر بمدى تطور الحياة النفسية والعاطفية لكل من الفئتين. وقد أمكن حتى الآن وضع التصور التالي لفعل العوامل النفسية ومراكز هذا الفعل في عمليات النشاط الجنسي الإنساني: -

١ - يثار الدافع الجنسي وما يصاحبه من شهوة نتيجة لتوافر عوامل متعددة من حسية وفكرية، والتي تثير بدورها سلسلة من العمليات العصبية، ومن العوامل الحسية: البصر، والسمع، والشم. ومن العوامل العقلية الخيال والتصوير والأحلام (خلال اليقظة أو خلال النوم الحالم). وجميعها أن تثير الرغبة الجنسية. وذلك عن طريق اتصال هذه العوامل بمناطق معينة من الدماغ، ومن هذه المناطق الجهاز الخافي (الطرفي) ونواة الهايبوثالموس. والجهاز العصبي الأتونومي (الجهاز الذاتي)، ومراكز التنبيه، ومراكز أخرى في الدماغ. ولهذه المناطق المركزية في الدماغ أن تقرّر، نتيجة لورود هذه الإثارات من الخارج أو من داخل الفكر، أن تحدث الدافع والشهوة للنشاط الجنسي، كما أنها تقرّر مدى آلية وقوة الدافع والشهوة الحادثة بسبب ذلك.

٢ - يقوم الجهاز العصبي الأتونومي (الذاتي)، والذي تعتبر نواة الهايبوثالموس المنظم الأعلى له، وبشقيه السمبثاوي والباراسمبثاوي بالتحكم في النشاط الجنسي للفرد

في النطاق المحيطي (خارج الدماغ). وهذه المشاطرة بين جهازين متضادين (سبمثاوي، وبارسمبثاوي) في تنظيم نشاط واحد، هي ظاهرة فريدة، وينفرد بها النشاط الجنسي فقط من بين النشاطات الجسمية التي تقوم في آن واحد.

٣ - للأعضاء الجنسية ذاتها أن تكون مصدراً أولاً للإثارة، سواء كوسيلة أولية، أو كعامل فعال إضافي أثناء مختلف أدوار النشاط الجنسي، وكما هو الحال في أمر الإثارة المركزية في الدماغ والتي لها أن تبدأ النشاط الجنسي بدون تماس جنسي أو إثارة للأعضاء الجنسية ذاتها، فإن للإثارة المباشرة أن تحدث مثل هذا النشاط وبصرف النظر عن وجود أو عدم وجود إثارة مركزية من الدماغ.

٤ - للإثارة الجنسية أن تبدأ بعوامل محرّكة نفسية من حسية وفكرية (خيالات وتصورات وأحلام)، وأن تتواصل بعد ذلك بإثارة فيزيائية، أو بالعكس، ولأي من العاملين أن يذكي فعالية العامل الآخر، كما أن لأي منهما أن ينهي فعل العامل الآخر.

٥ - إن توافر مصدرين للإثارة سواء في آن واحد أو بالتوالي أو بالتداخل، من شأنه في معظم الحالات أن يقوي الإثارة الجنسية وما يصاحب ذلك من نشاط جنسي، وللتفاعل بين العاملين: (العامل المركزي في الدماغ، والعامل الطرفي غير الدماغية، والذي يستند على التماس مع منطقة جنسية)، هو تفاعل متبادل بينهما، ومن شأنه أن يزيد في فعالية الواحد منها أو الآخر.

٦ - إن الفعالية النسبية لكل من العاملين (الدماغية والجسدية) تتفاوت بين فرد وآخر، كما تتباين في الفرد نفسه بن حينٍ وآخر وموقف وآخر، غير أن العاملين معاً هما ضروريان لإنجاز النشاط الجنسي، ونتيجة للمشاركة والتفاعل بين طرفي الإثارة (من الدماغ، أو من الجسد)، فإن للنشاط الجنسي أن يثار ويتم بسرعة، أو أن يتأخر في الإثارة ويبطئ في الأداء، وهو دافع يتقرر ليس فقط على النسبة بين عاملي الإثارة فقط، وإنما يعتمد على مفردات أخرى عديدة والتي تشمل الأساس العصبي في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي، كما تشمل شخصية الفرد، وتجاربه الحياتية، وواقعه النفسي والجسدي (بما في ذلك الأعضاء الجنسية) أما بصورة دائمة أو عند القيام أو التعرض لإثارة جنسية، ومع أن الكثير من نواحي النشاط الجنسي بشقيه النفسي والفيزيولوجي، ما زالت نواحي مبهمة وغير واضحة، إلا أن ما اتضح من نواحي هذا النشاط له أن يشير إلى مدى دقة وتعقيد واتساع مدار العوامل المقررة والمنظمة لهذا النشاط، ومثل هذا التعقيد والدقة والتشعب هو أمر ليس له أن يدعو للإستغراب

والعجب. ذلك أن الحياة الجنسية لكل إنسان (ولكل مخلوق)، هي واسطة الخلق للتكاثر والإبقاء على الجنس.

### نشاطات دورة الإستجابة الجنسية للأنثى:

تمر الأنثى بالأدوار الأساسية التي يمر بها الذكر خلال دورة الإستجابات الجنسية وهي كما يلي:

- ١ - دور الشهوة.
- ٢ - دور الهياج.
- ٣ - دور الذروة.

٤ - دور الإنحلال، غير أن هناك بعض الإختلافات الهامة بين الجنسين في مظاهر هذه الأدوار والتي تتضح من مقارنة الإستجابات الحادثة من فيزيولوجية ونفسية خلال الأدوار المختلفة والمتعاقبة من هذه الإستجابات في كلا الجنسين:

موضع الإستجابة	دور الهياج	دور الذروة	دورة الانحلال (الذبول)
المدة الزمنية	من بضعة دقائق إلى عدة ساعات، تزايد الهياج قبل الذروة ولمدة ٣٠ ثانية إلى ٣ دقائق.	من ٣ - ١٥ ثانية	من ١٠ إلى ١٥ دقيقة، وإذا لم تحدث الذروة من ٢/١ يوم إلى يوم كامل.
بشرة الجلد	قبيل الذروة مباشرة ظهور تورد البشرة أحياناً وظهور طفح بقعي حطاطي على ظاهر البطن ومقدمة الصدر والوجه والرقبة وحتى الأطراف العليا أحياناً	التورد بارز	اختفاء التورد تدريجياً ابتداء بمواطن ظهوره الأولى.

موضع الإستجابة	دور الهياج	دور الذروة	دور الإنحلال والذبول
الثدي	انتصاب الحملات في ثلثي الإناث، واحتقان وريدي وتوسع هالة الثدي وتزايد حجم الثدي بحوالي الربع من حجمه الاعتيادي.	للثدي أن يصبح مترججاً	الرجوع إلى الحالة الطبيعية خلال نصف ساعة (إلا إذا توالى الذروات).
البظر	تضخم في حشفة البظر وفي جدله (جسمه)	لا تتغير	عودة جدل البظر إلى وضعه الطبيعي خلال ٥ - ١٠ ثوانٍ، وزوال التورم خلال ٥ - ٣٠ دقيقة، وبعد عدة ساعات إذا لم تحدث الذروة.
الشفاه الكبير	في غير الوالدة تكون مرتفعة ومبسوطة مقابل الصحان Perineum وفي متعددة الولادات الإحتقان والأوديما	لا تتغير	في غير الوالدة زيادة إلى الحجم الطبيعي في متعددة الولادات، تناقص إلى الحجم الطبيعي خلال ١٥ - ١٥ ثانية.
الشفاه الصغيرة	يزيد الحجم إلى ما بين ضعفين إلى ثلاثة أضعاف الحجم الطبيعي، يتغير اللون إلى زهري، أو أحمر أو خمري فإن قبل الذروة.	تقلص الشفاه الصغيرة القريبة.	الرجوع إلى الحجم الطبيعي خلال ٥ دقائق.
الفرج	تغير اللون إلى بنفسجي داكن، ظهور إفرازات الفرج خلال ١٠ - ٣٠ ثانية بعد بدء التهبج استطالة الفرج وانتفاخه، الثلث الأسفل من الفرج ينقبض قبل الذروة مباشرة.	حدوث ٣-١٥ انقباضة للثلث الأسفل من الفرج على فترات ٨ أعشار الثانية.	القذف (تجمع في الثلثين زوال الإحتقان خلال ثوانٍ، وإذا لم تحدث الذروة خلال ٢٠ - ٣٠ دقيقة.

موضع الاستجابة	دور الهياج	دور الذروة	دورة الذبول
الرحم	يصعد إلى الحوض الكاذب، وحدوث تقلصات تشبه تقلصات الولادة قبل الذروة.	تقلصات الرحم خلال الذروة كلها	التقلصات تتوقف وينزل الرحم إلى مكانه الطبيعي.
مواطن أخرى	* التوتر العضلي * افراز: بضع نقاط موكوتيدية من غدد	* فقدان السيطرة العضلية الإرادية * تقلصات وتيرة في الشرج	* الرجوع إلى الحالة الطبيعية خلال ثوانٍ أو دقائق.
	بارثولين خلال شدة التهيج * تورم عنق الرحم قليلاً وارتفاعه مع الرحم.	* زيادة التنفس والنبض.	* رجوع عنق الرحم حجماً ولوناً إلى الطبيعي. * نزول عنق الرحم إلى تجمع المني.

### مختصر نشاطات دور الإستجابة الجنسية للذكر :

يمر الذكر (وكذلك الأنثى) عبر أدوار متتالية من الإستجابة الجنسية، وذلك في الأحوال الطبيعية وفي الأشخاص الذين يتمتعون بحياة جنسية طبيعية، وهي أدوار أربعة تبدأ بدور الرغبة أو الشهوة للجنس، ويلى ذلك دور الهياج الجنسي، ثم دور الذروة (وما يصاحبه من قذف المني) وأخيراً دور الإنحلال والعودة إلى المستوى الطبيعي، والأدوار الثلاثة الأخيرة من الدورة الجنسية تصاحبها تغيرات فيزيولوجية في أعضاء متعددة من الجسم خاصة تلك المتعلقة بالأعضاء الجنسية أو المرتبطة بها، كما تصاحبها تغيرات في الشعور النفسي، وفيما يلي المعالم الرئيسية لهذه الإستجابات في أدوارها المختلفة (باستثناء الدور الأول - دور الشهوة - والذي لا يرتبط بالضرورة بأي استجابة فيزيولوجية معينة).

موضع الإستجابة	دور الهياج	دور الذروة	دورة الإنحلال (الذبول)
بشرة الجلد	قبل الذروة مباشرة، تورد البشرة عادة، وظهور طفح بقعي حطاطي على ظاهر البطن وينتشر على مقدمة الصدر والوجه والرقبة وحتى الأطراف العليا.	التورد بارز الوضوح	اختفاء التورد تدريجياً بدءاً بموطن ظهور التورد.
القضيب	الانتصاب خلال ١٠ - ٣٠ ثانية والمسبب عن احتقان الأوعية الدموية للأجسام الإنتصابية للجسم الكهفي للجلد القضيب (Corpus cavernosa of the shaft of the penis) ومع تزايد الهياج تحدث زيادة إضافية في حجم حشفة القضيب وفي قطر جدله (Shaft).	دور القذف للإفراز المنوي والذي يتكون من ٣ - ٤ تقلصات على فترات ٨ أعشار الثانية لحويصلات Seminal المنوي vesicles- والبروستات، ويلى ذلك قذف المنوي على فترات مماثلة من الأهليل، وهو قذف يصل إلى حوالي ٥٠ سم في سن ١٨ سنة ويقبل إلى حد السيالان في سن السبعين سنة.	فجوراً جزئياً خلال ١٠-٥ ثوانٍ فترة عدم الاستجابة متعاوية الهبوط الكامل للتضخم خلال ٣٠-٥ دقيقة.
الخصيتين	تشدد وارتفاع كيس الخصية وارتفاع الخصيتين . ومع تزايد الهياج يتزايد حجم الخصيتين بمقدار ٥٠٪ وتنشطان إزاء الصحان إيداناً بوشوك القذف.	لا تتغير	تناقص إلى الحجم الطبيعي نتيجة فقدان الاحتقان الدموي نزول الخصيتين والمفتين خلال ٣٠-٥ دقيقة بعد الذروة، وذبول القضيب قد يستغرق عدة ساعات إذا لم يحدث إطلاق للذروة. إطلاق للذروة.

موضع الاستجابة	دور الهياج	دور الذروة	دورة الانحلال
غدد كاوير (Cow-persglands)	٢ - ٣ نقط من السائل الموكويدي Mucoïd والمحتوية على حيمينات تفرز خلال ذروة الهياج .	لا تتغير	لا تتغير
مواضع أخرى	<ul style="list-style-type: none"> <li>* الثديين: نهوض الحلمتين (ليس دائماً) عند تصاعد الهياج وقبيل الذروة.</li> <li>* توتر العضل، تقلص شبه تصليبي لعضلات الوجه، والبطن وعضلات ما بين الأضلاع.</li> <li>* زيادة نبض القلب إلى حوالي ١٧٥ دقة في الدقيقة وارتفاع ضغط الدم بـ ٢٠ - ٨٠ مم في الإنقباض و ١٠ - ٤٠ مم في الإرتخاء.</li> <li>* تزايد سرعة التنفس.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* فقدان السيطرة العضلية الإرادية.</li> <li>* الشرح يتقلص بصورة نظمية.</li> <li>* ارتفاع سرعة النبض إلى ١٨٠ نبضة في الدقيقة.</li> <li>* ارتفاع الضغط الإنقباضي بـ ٤٠ - ١٠٠ مم والإرتخائي بما قد يبلغ ٥٠ مم.</li> <li>ارتفاع سرعة التنفس إلى حوالي ٤٠ مرة في الثانية.</li> </ul>	الرجوع إلى المستوى الطبيعي خلال ٥ - ١٠ دقائق.



## الفصل الرابع

---

### الجنس في مراحل الحياة

- مقدمة.
- أدوار نمو وتطور الحياة الجنسية.
- مرحلة الرضاعة، مرحلة الطفولة المبكرة.
- مرحلة الطفولة المتأخرة، مرحلة ما قبل البلوغ.
- مرحلة المراهقة المتأخرة، مرحلة الشباب.
- مرحلة الرشد والزواج، مرحلة الرشد الوسطى.
- مرحلة الأربعينات، مرحلة الرشد المتأخرة.



## الفصل الرابع :

### الجنس في مراحل الحياة :

#### مقدمة :

يظن الكثيرون، إن لم يكن أكثر الناس، بأن الحياة الجنسية للفرد تبدأ في سن البلوغ، وأن كل ما يظهر في الطفل قبل ذلك هو من قبيل حب الاستطلاع، وأنه عبث لا يمت للجنس بصلة، وفي رأيهم أيضاً بأن الفرد يحتفظ بقواه الجنسية كاملة من سن البلوغ وحتى مشارف الكبر، ثم تنطفئ جذوة الجنس في الشيخوخة، وأن ما يظهر منها خلال هذا الدور الحياتي هو عبث لا طائلة منه، غير أن الحقائق تفيد بغير هذه الآراء الشائعة، فقد توافر الباحثون على العديد من الدراسات والبحوث والتي استهدفت جلاء البيانات العلمية حول هذا الموضوع عبر الدورة الحياتية الكاملة للفرد ذكراً أو أنثى منذ ساعة ولادته وإلى أقصى ما قدر له من العمر. وفيما يلي نورد أهم ما توصل إليه الباحثون من نتائج ومعلومات حول الجنس في حياة الفرد الاعتيادي عبر أدوار نموه وأفوله المتعاقبة، ونحن في إيراد هذه البيانات والمعلومات لا ننفي واقع التباين بين الباحثين في مدى صحتها وشمولها، فللحياة الجنسية أن تتعد في قليل أو كثير عن النمط المألوف لعامة الناس، غير أن هذا الإبتعاد لا يدحض حقيقة وجود قاسم مشترك من الخصائص الجنسية بايولوجياً وسلوكياً في الغالية العظمى من بني البشر.

## أدوار نمو وتطور الحياة الجنسية:

تمر الحياة الجنسية في حياة معظم الناس بسلسلة من أدوار التطور والتي تتماثل بقدر كبير في حياة الكثرة من الناس في مراحل العمر المتوالية، ومع أنه لا تتوافر حدود مميزة وفاصلة بين مرحلة من مراحل التطور وأخرى سابقة أو لاحقة لها، إلا أن بالإمكان تعيين بعض السمات المميزة للحياة الجنسية لكل فرد في مراحل الحياة المختلفة والتي يمكن تصنيفها للمراحل التالية:

- ١ - مرحلة الرضاعة (من الولادة وحتى عمر ١٨ شهر).
- ٢ - مرحلة الطفولة المبكرة (من عمر ١٨ شهر وحتى ٥ سنوات).
- ٣ - مرحلة الطفوة المتأخرة (من عمر ٥ إلى ١١ سنة).
- ٤ - مرحلة المراهقة المبكرة (من عمر ١٢ إلى ١٥ سنة) والتي تتوافق مع فترة البلوغ.
- ٥ - مرحلة المراهقة المتأخرة (من عمر ١٦ إلى ١٨ سنة).
- ٦ - مرحلة الشباب (من عمر ١٨ إلى ٢٣ سنة).
- ٧ - مرحلة الرشد المبكرة (من ٢٣ سنة وحتى ٣٠ سنة).
- ٨ - مرحلة الرشد المتوسطة (من ٣٠ إلى ٤٦ سنة).
- ٩ - مرحلة الرشد المتأخرة (من ٤٦ إلى ٦٠ سنة).
- ١٠ - مرحلة الكبر (٦٠ سنة وما فوق).

### مرحلة الرضاعة - (صفر حتى ١٨ شهر):

لا بد أن الملاحظات قد تواترت عبر عصور التاريخ حول بعض المظاهر والمسالك التي تظهر أو يبديها الأطفال والأحداث من مظاهر ومسالك مدللة على تواجد نشاط جنسي عندهم، غير أن هذه المظاهر والمسالك لم تؤخذ بعين الجذ حتى أواخر القرن الماضي عندما انتبه إليها بعض الباحثين، وهو انتباه أثار اهتمام فرويد والذي أولى الموضوع أهمية كبرى، وكان من نتيجة ذلك أن وضع فرويد منظوره حول الجنسية الطفولية والذي أثار استنكار الأوساط الطبية والعلمية في حينه، ومع أن نظريات فرويد في هذا الموضوع قد سلطت الإنتباه على هذه الناحية الهامة في الحياة الإنسانية خاصة في فترات النمو من الطفولة وحتى البلوغ، إلا أن محتوى هذه النظريات قد تضمن الكثير مما يتعدر إثباته علمياً، والعلم اليوم وإن كان يقر بحياة

جنسية للأطفال إلا أنه تخلى عن الكثير مما جاء به فرويد في هذا الشأن (اقرأ الفصل الخاص بالحياة الجنسية في الطفولة). وفيما يلي نلخص أهم النتائج التي خلص إليها الباحثون حول الحياة الجنسية للأطفال في هذه المرحلة الأولى من حياته وغوه.

١ - يبدو أن مقدرة الجسم على إعطاء استجابات جسدية الطابع تتواجد منذ الولادة، فالأطفال الذكور من المواليد يظهرون انتصاباً قضيبياً، وبعضهم يظهرون ذلك حال الولادة، وبالنظر لأن فيزيولوجية الإستجابة الجنسية تتأثر في الجنسين، فإن هناك ما يبرر الاعتقاد بوجود استجابة ماثلة في الأطفال المواليد من الإناث، وقد يكون من ذلك ترطيب الفرج عندهن.

٢ - ملاحظة ظاهرة الإستمناء عند الأطفال الرضع، وإن كان من غير المحتمل أن يكون الطفل واعياً لما يعمل، أو مدركاً لم يحصل عليه من أحاسيس أثناء ذلك، وهي أحاسيس لا بد أنها تبعث الرضى والمتعة في نفسه.

٣ - في المراحل الأخيرة من سن الرضاعة يظهر الطفل تركيزاً على أعضائه الجنسية، وتتطور ممارسته من المداعبة العشوائية لهذه الأعضاء إلى مداعبة موجهة.

٤ - أفاد بعض الباحثين بأن مداعبة العضو التناسلي في الجنسين لها حتى في مرحلة مبكرة من نمو الطفل الرضيع (في عمر السنة) أن تؤدي إلى استجابة الذروة، وهي ذروة بدون قذف أو إفراز ظاهري سواء في الذكر أو الأنثى.

٥ - مداعبة الطفل الرضيع لأعضائه الجنسية العشوائية منها أو الهادفة تتم بصورة فردية، بمعنى أنها لا تعتمد على الإثارة من الخارج أو الغير، وتتجاوز مرحلة الرضاعة يبدأ الطفل بما يمكن وصفه بأنه سلوك جنسي ثنائي، أي إنه يتعلق بميل جنسي نحو شخص آخر.

٦ - لبعض النشاطات التي يتعرض لها الطفل الرضيع أن تكون مثيرة للإستجابة الجنسية، مثل الرضاعة، أو وضع الأشياء في الفم، ومص الأصابع، وضمه إلى صدر أمه، وهزه في المهد أو الأرجوحة.

٧ - بلوغ الطفل السنة الثانية من عمره فإنه يبدأ بإدراك هويته الجنسية (الجنس الذي ينتمي إليه بايولوجياً) كما يبدأ بتمييز انتهاء كل من والديه أو غيره من الأطفال من حيث الجنس الذي هم عليه، ولهذا التمييز أن يقترن بتمييز للفروق البايولوجية بين أعضائه التناسلية وأعضاء الجنس المغاير له.

## ٢ - مرحلة الطفولة المبكرة (١٨ شهراً إلى ٥ سنوات):

طبقاً لنظريات فرويد حول الحياة الجنسية للأطفال فإن الدور الثاني من أدوار النمو الجنسي هو الدور الشرجي anal phase، وفي نظريات فرويد حول أدوار النمو، النفسي الجنسي فإن الطفل في الدور الثاني من هذه الأدوار يجد متعة في عملية التغوط، وهو، أي الطفل، يربط بين هذه العملية وبين أعضاءه الجنسية التناسلية، وللمتعة والرضى التي يشعر بها الطفل الصغير أثناء عملية التغوط أن يتعارض مع ما يتعرض له من زجر وتوبيخ من والديه بسبب ما ترتبط به عملية التغوط من تلويث، وما يجز إليه ذلك من تأنيب للطفل عن مسؤوليته في ذلك، ولهذا الإرتباط أن يقيم الصراعات في نفس الطفل، وهي صراعات قد تظل بدون حل، وقد تؤدي إلى استقرار الطفل على دور أولي من النمو الجنسي مما يعيق تقدمه نحو أدوار أخرى أكثر تطوراً وتوافقاً مع مراحل عمره. والظاهرة الثانية والهامة في هذه المرحلة من العمر هي اكتشاف الطفل لأعضائه الجنسية وشعوره بالمتعة لهذا الاكتشاف، ولهذا الإكتشاف أن يدفع الطفل إلى التباهي المكشوف لأعضائه التناسلية، ولمحاولة مقارنة هذه الأعضاء مع الأعضاء الجنسية التناسلية لأترابه من الجنسين، وبالنظر لما يمكن أن يتعرض له الطفل من تأنيب وزجر بسبب انشغاله بهذه الممارسات فإن صراعاً قد يقوم بين ما يشعر به من متعة ولذة بسبب هذه الممارسات وبين ما له أن يتعرض إليه من تأنيب وزجر من والديه، ولهذا الصراع أن يكون سبباً في ظهور أعراض عصابية نتيجة لاضطراره إلى كبت تجارب هذا الصراع، وللخيلات التي قد يداعبها الطفل حول العلائق الجنسية وما ارتبط من هذه الخيلات بأحد والديه، ولخشيتيه من أن تكتشف خيالاته، واحتمالات تعرضه للإيذاء (بالخصي في حالة الذكور من الأطفال). فإن للطفل أن يعاني من صراعات وقلق حول هذه الخيلات (مركب أوديبوس)، ومع أن معظم الأطفال يتجاوزون هذه الصراعات بالحل، إلا أن بعض الأطفال لا يفلحون في حلها، وتظل هذه الصراعات غير محلولة، وعرضة للظهور على صور مرضية نفسية أو سلوكية لها أن تعيق من نموهم الجنسي وعلاقتهم الجنسية في مستقبل حياتهم، وفيما يتعلق بالإناث من الأطفال، فإن خيالات الطفلة الجنسية الطابع نحو والدها (مركب الكترا)، لا تؤدي إلى مثل الدرجة الشديدة من الصراع والخشية من عقدة الخصي كما هو الحال في الطفل الذكر، وهي بذلك ليست في حاجة ماسة للتخلي عن خيالاتها الجنسية كما هو الحال في الطفل الذكر، وللطفلة في هذه المرحلة أن تعاني من الشعور بالضعف نتيجة لما تعتقده بأنها فقدت القضيب، غير أن هذا الشعور يعوض عنه في أنها تتوقع أن تنجب طفلاً يعوضها عنه في مستقبل حياتها. ويلاحظ في النصف الأخير من هذه المرحلة (٣ - ٥

سنوات)، بأن كلاً من الطفل والطفلة يسعيان إلى توطيد العلاقات مع أفراد من الجنس الآخر، وينظر إلى هذه المحاولات غير الشعورية بأنها مسالك تهدف إلى إقامة علاقات طبيعية مستقبلية مع الجنس الآخر، كما أن لها أن تكون مؤشراً إلى الإعتراف الضمني بأن العلاقات الجنسية مع أحد الأبوين من الجنس الآخر هي علاقة غير ممكنة، ومحفوفة بالمخاطر، ولا بد لذلك من استبدالها بعلاقة طبيعية ومشروعة ومقبولة.

### ٣ - مرحل الطفولة المتأخرة (٥ - ١١ سنة):

في هذه المرحلة يفترض بأن الطفل قد تجاوز المرحلة السابقة من نموه الجنسي والتي تتصف بميله نحو الأب أو الأم من الجنس الآخر (مركب أوديبوس، ومركب الكترا)، وهذا الإنتهاء يؤذن ببداية مرحلة جديدة من مراحل النمو الجنسي النفسي اصطلاح عليها فرويد بمرحلة الكمون (atency stage)، وبالرغم مما يوحي به المصطلح عن هذه الحياة الجنسية، إلا أن الطفل، خاصة الذكر، يبقي على اهتماماته الجنسية ويقدم على مسالك جنسية من العبث واللعب الجنسي والتي لا خطر منها، وقد تشمل هذه المسالك كلا الجنسين، غير أن النمط الغالب في سلوك الجنسين هو انصراف كل منهما إلى توطيد العلاقات العاطفية والشخصية مع أترابها من نفس جنس كل منهما، وهذا الإنصراف وما يتصف به من تأكيد وتوطيد يمكن اعتباره عملية بناءه في طريق تكوين هوية جنسية ذاتية لكل من الذكر والأنثى.

### مرحلة ما قبل البلوغ - (٨ - ١٢ سنة):

تشمل هذه المرحلة السنوات الأربع السابقة للدور الأول من المراهقة و خلالها يتم انتقال الطفل تدريجياً من مرحلة الطفولة إلى مرحلة البلوغ، وقد اصطلاح فرويد على هذه المرحلة الإنتقالية بمرحلة الكمون، لأنه رأى بأن الطفل فيها يكبت دوافعه الجنسية ولا يظهرها، ولعل الأصح هو أن الحياة الجنسية للطفل في هذه المرحلة تظل فعالة ومتنامية في الواقع، غير أن موقف المجتمع السلبي والناقد لها يلزم الطفل بالتسرب في هذه الحياة، وما يرتبط بها من اهتمامات وممارسات، ومن أهم مظاهر الحياة الجنسية في هذه المرحلة السابقة للبلوغ ما يلي:

- ١ - تزايد ممارسات الإستمناء في كل من الإناث والذكور، ففي إحدى الدراسات تبين بأن ٨٪ من الإناث يمارسن الإستمناء وحتى الذروة ببلوغهن سن العاشرة، وبأن النسبة ارتفعت إلى ١٢٪ منهن فقط ببلوغهن سن الثانية عشرة، أما في الذكور فإن ٣٪ منهم فقط يمارسون الإستمناء في سن العاشرة، بينما ترتفع النسبة لتبلغ ٢١٪

بوصولهم إلى سن الثانية عشرة، والملاحظ في هذا الموضوع أن الأولاد في هذا السن يتعلمون عادة الإستمناء من أقرانهم، بينما الإناث فإنهن يكتشفن الممارسة عن طريق الصدفة المثيرة للمنطقة الجنسية نتيجة لللمس أو الاحتكاك أو غير ذلك، هذا وهناك بيانات تفيد بأن نسبة ممارسات الإستمناء هي في تزايد مستمر في كلا الجنسين في هذه المرحلة، ولعل ذلك يعود لفعل التسامح الجنسي في نطاق العائلة، ولفعل البلوغ المبكر في المجتمعات المعاصرة قياساً مع الماضي، ففي بعض الدراسات تبين بأن نسبة الذكور الممارسين للإستمناء ببلوغ سن الثالثة عشرة يزيد على ٨٥٪ منهم، بينما النسبة في الإناث تبلغ أكثر من ٣٠٪.

٢ - تتفاوت نسبة الممارسات الجنسية المثلية بين مجتمع وآخر، كما تتفاوت بالنسبة للجنسين، وتفيد إحدى الدراسات بأن نسبة الممارسات الجنسية المثلية تقع في حدود ٦٪ من الأطفال في عمر ٥ سنوات، وترتفع لتبلغ أكثر من ٥٠٪ في فترة ما قبل البلوغ، وفي دراسة أخرى أفاد الأولاد بأنهم مارسوا العلاقة الجنسية المثلية بنسبة ٥٢٪ خلال هذه الفترة، بينما كانت النسبة في الإناث حوالي ٣٥٪، ومن الواضح أن هذا السلوك الجنسي المثلي في هذه الفترة يتوافق مع ما هو معروف من نزعة الأولاد الذكور إلى التواصل الإجتماعي مع من هم من مثل جنسهم، مما يفرق الجنسين الواحد عن الآخر خلال هذه الفترة، وهو واقع يسهل العلاقات الجنسية بين الأفراد من نفس الهوية الجنسية.

٣ - تتنوع الممارسات الجنسية خلال هذه الفترة، فالفرد ذكراً أو أنثى له أن يجتمع بين الإستمناء والعلاقة الجنسية المثلية، والإتجاه نحو الإستعراضية الجنسية، والمشاركة الجنسية الجماعية.

٤ - يظهر الفرد ذكراً أو أنثى في هذه الفترة، وخاصة في الجزء الأخير منها، بعض التوجه نحو الجنس الآخر، ويسعى للتواعد واللقاء والمداعبة أحياناً.

٥ - العلاقة الجنسية الطبيعية (مع الجنس المخالف)، قلما تحدث في هذه المرحلة، غير أن الفتى والفتاة لهم أن يداعبوا خيالات هذه العلاقة، ولكنهم يظلون محافظين على عذريتهم في هذه المرحلة، ولعل ذلك يعود إلى اعتقادهم بأن مثل هذه العلاقة يقتضي أن تتم في إطار الزواج فقط، أما الفتیان الذكور، فإنهم يعطون التجربة أهمية أعظم، ويرتبط ذلك بشعور المتعة والتحسس بالنضوج.

٦ - تبدأ في مرحلة البلوغ الممارسات الجنسية غير المألوفة والتي يمكن اعتبارها



تنوعاً وانحرافاً عن النمط الجنسي الطبيعي، وتزايد هذه الممارسات تفتناً وتكراراً مع تجاوز الفتى مرحلة البلوغ إلى مرحلة المراهقة الوسطى والأخيرة.

### مرحلة المراهقة - (١٣ - ١٨) :

يقسم البعض مرحلة المراهقة إلى ثلاثة مراحل، الأولى هي مرحلة البلوغ التي سبق بحثها، والثانية هي مرحلة المراهقة الوسطى، والممتدة من ١٣ إلى ١٦ سنة، والثالثة هي مرحلة المراهقة المتأخرة والتي تمتد من سن ١٦ إلى ١٩ سنة من العمر، أو ما يزيد على ذلك في بعض الحالات وفي بعض المجتمعات، وقد يكون هذا التقسيم محاولة شكلية، ذلك أنه لا تتوافر فروق واضحة بين المراهقين في حياتهم الجنسية في هذه المراحل الثلاثة باستثناء ما يحدث من مظاهر التغيير الخارجي والداخلي في فترة البلوغ والتي تعتبر مؤشراً لابتداء سن المراهقة، كما أن مراحل المراهقة كلها تتصف بخصائص متقاربة.

### مرحلة المراهقة المبكرة (من ١٢ إلى ١٥ سنة) - (فترة البلوغ) :

تتوافق هذه المرحلة من العمر مع ابتداء البلوغ في الجنسين وأكتمال عملية البلوغ، وإن كان لمرحلة البلوغ في بعض الأفراد وفي بعض المجتمعات أن تبدأ حتى قبل هذا العمر، أو أن تتأخر عنه، وإن تواصل اكتسابها إلى سن يتجاوز سن الخامسة عشرة، وتتسم هذه المرحلة عادة برغبة المراهق في التحرر من رقابة كبار السن على سلوكهم، وهم يميلون عادة، وخاصة الذكور، إلى الإلتئام لأفراد من جنسهم ولمشاطرتهم المسالك التي تعبر عن ميولهم ودوافعهم الجنسية المباشرة أو غير المباشرة، وتتسم هذه المرحلة بتحولات جذرية في الحياة الجنسية لكلا الجنسين والتي يمكن اختصارها فيما يلي :

### مرحلة البلوغ (مرحلة المراهقة المبكرة) :

عرفت مرحلة البلوغ بتعاريف عديدة ومختلفة، ولعل التعريف التالي هو أكثرها اقتراباً من واقع هذه المرحلة. فالبلوغ طبقاً لهذا التعريف هو عملية (انتقال الطفل من حالة عدم النضوج البيولوجي في الخصائص الجنسية إلى حالة من النضوج في هذه الخصائص، وخلال نمو وتطور هذه الخصائص فإن تغيرات متعددة تحدث في جسم البالغ أو البالغة، والتي تتزامن مع تغيرات أخرى تحدث في المجال الفيزيولوجي والهرموني والنفسي للبالغ). ولعل من أهم مظاهر البلوغ في الجنسين هو تسارع النمو

الهيكلية من ناحية وظهور معالم الخصائص الجنسية الثانوية في كل منها.

إن الذكر والأنثى يظهران خصائص البلوغ في سن واحدة، وهذه الخصائص تظهر في الأنثى في سن أبكر من ظهورها في الذكر، ويفارق يتراوح بين سنة إلى سنتين، ثم أن الإناث أو الذكور لا يبدأون البلوغ في سن معينة، فهناك تنوع واسع، في ابتداء وانتهاء مرحلة البلوغ وفي سرعة التنوير الحادث في نمو كل من الجنسين، وهو تنوع يتقرر بفعل عوامل عديدة منها ما هو وراثي، أو محيطي، أو غذائي، أو حضاري، أو سلوكي، وغيرها من العوامل المقررة، وبالنظر للفروق الجذرية بين خصائص البلوغ في كل من الجنسين، فإننا سنختصر فيما يلي هذه الخصائص في كل من الأنثى والذكر على انفراد، غير أن انفراد كل منها بخصائص فريدة لا يفيد بوجود اختلاف أساسي بين الجنسين من حيث طبيعة ونتائج عملية البلوغ، فالبلوغ في كل منهما ما هو إلى عملية اكتمال ونضوج الهوية الجنسية. وهو اكتمال ونضوج يهدف إلى تحقيق اللقاء بينها بصورة متكافئة وقادرة على التخصيب والتكاثر.

## بلوغ الأنثى:

يتسم بلوغ الأنثى بظهور الخصائص البيولوجية التالية:

- ١ - تزايد طول الجسم وحجمه، هذا ولا يقتضي أن يكون هذا التزايد متساوياً ومتناسقاً في جميع مناطق الجسم.
- ٢ - ان المظاهر المدللة على بدء البلوغ في الأنثى هو حدوث نمو معتدل في الثديين. ويمر هذا النمو بعدة مراحل، اتفق المختصون بأنها خمسة مراحل: أولها ظهور البراعم، وآخرها النمو إلى الثدي الكامل.
- ٣ - تغييرات الثدي يليها ظهور شعر العانة.
- ٤ - يلي ظهور الشعر حدوث الحيض الأول (Menarche) ومعدل العمر الذي يحدث فيه ذلك هو ما بين ١٢ - ١٣ سنة، غير أن له أن يقل من ذلك أو أن يزيد عن ذلك عمراً. ويتقرر ذلك بفعل عوامل مختلفة وراثية وعرقية ومحيطية واجتماعية واقتصادية وغذائية وسلوكية وغيرها من العوامل، وعلى العموم فإن الحيض الأول يتزامن مع وصول الفتاة إلى الدور الرابع من نمو الثديين.
- ٥ - وفي السنة التالية للحيض الأول تتكرر دورات الحيض ولكن بصورة غير رتيبة، وهي عادة دورات غير تبيضية في البداية، غير أن لها أن تكون تبيضية منذ دورة

الحيض الأولى، وهذه إمكانية لها أن تجعل الفتاة قادرة على الحمل نتيجة أي علاقة جنسية لها أن تحدث عندئذ.

## البلوغ في الذكور:

أما في الفتى في هذه الفترة فإن الخطوات المؤدية للبلوغ فإنها تتمثل في التغييرات التالية:

أولاً: تحدث زيادة ملحوظة في الهرمون الذكري (تستسترون)، وذلك حوالي السنة الثانية عشرة من العمر، ومن بعد ذلك يزداد افراز التستسترون تدريجياً وبوفرة حتى منتصف العشرينات من العمر.

ثانياً: تبدأ في هذه الفترة عمليات نمو وتطور الخصائص الجنسية الثانوية (المظاهر الفيزيائية للأعضاء التناسلية)، ويأتي ذلك على صورة تسارع نمو الخصيتين والصفن (بين سنة ٩,٥ إلى ١٣,٥ سنة)، وبعد ذلك بسنة يظهر تزايد في نمو القضيب، ويصاحب ذلك نمو مماثل في غدة البروستات والحوصلات المنوية، وخلال هذه الفترة يحدث تغيير في نبرة الصوت، والتس تصبح نبرة خشنة وعميقة، كما تحدث بعض مظاهر النمو في الثديين في حوالي ثلث الأولاد البالغين، وهو تضخم ينحسر عادة خلال عام من ظهوره.

ثالثاً: تفيد الدراسات بأن الفتى البالغ بين (١٣ - ١٥ سنة) يمارس الإستمناء بصورة مفرطة، وبأن شيوع هذه الممارسة هو أعلى ما يكون عليه خلال هذه المرحلة من العمر، وتفيد هذه الدراسات بأن البالغين من الذكور يبدأون بممارسة الإستمناء في سن أصغر مما كانوا عليه في الماضي.

رابعاً: على خلاف ممارسة الإستمناء في مراحل الطفولة السابقة، فإن الإستمناء في فترة البلوغ ينتهي بالقذف المنوي وبالشعور بالذروة، كما أن المادة المنوية تحتوي على الحيمينات ذات القدرة على التخصيب، وبهذا فإن الطفل عند البلوغ يتوقف عن كونه طفلاً ويصبح بالمعنى الجنسي والفعلية رجلاً يمكن له أن ينتج طفلاً، ويصبح بذلك والداً لأطفال.

خامساً: تزايد في هذه الفترة نسبة وقوع العلاقات الجنسية المثلية، وتقع بين البالغين عادة وبين من هم أصغر سناً منهم، أو مع من هو مثلهم سناً، أو مع المراهقين الأكبر سناً، ومع أشخاص راشدين، وتتفاوت نسبة الممارسة الجنسية المثلية خلال هذه

الفترة بين دراسة استيبانية وأخرى، وبين مجتمع وآخر، ولعلها تقع في حدود تتراوح بين ١٠ - ٢٥ في المئة.

سادساً: تتجه نسبة متزايدة من الفتيان البالغين إلى ممارسة العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر، وتتفاوت نسبة هذه الممارسة تبعاً للظروف الاجتماعية السائدة، وهناك من الدراسات الإحصائية ما يفيد بأن ممارسة العلاقات الجنسية الاعتيادية (مع الجنس الآخر) أخذت تضاهي وبسرعة نسبة الممارسات الجنسية المثلية في هذه الفترة، كما أفادت الدراسات بأن نظرة الفتاة لمثل هذه العلاقة الجنسية هي نظرة لا تتسم بالأهمية والقيمة في حياتها باستثناء تخوفها من النتائج.

#### مرحلة المراهقة المتأخرة (١٦ - ١٨ سنة):

أهم معالم هذه المرحلة هو اهتمام كل من الجنسين بالجنس الآخر، ويقترن ذلك عادة بتأمل العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر، وفي بعض المجتمعات الإتجاه إلى العلاقات الجنسية مع فرد من الجنس الآخر، هذا وتتوافر بعض أوجه الخلاف بين الجنسين خلال هذه المرحلة، فالمراهقون الذكور يثابرون على ممارسة الإستمناء، وكثيراً ما يقترن ذلك بنشاطات جنسية جماعية، ويقدر متفاوت من الممارسات الجنسية المثلية، ومع أن المراهق يندفع في بعض المجتمعات إلى الممارسات الجنسية الفعلية، غير أن المراهقين في مجتمعات أخرى ينحصر نشاطهم في المداعبة الجنسية دون الممارسة الفعلية، والملاحظ هو أن العلاقات الجنسية في مثل هذا السن من حيث طبيعتها وزمن ممارستها القصير، ينان عن فيض عاطفي جنسي لم يكتمل بعد بصورة تمكن المراهق من السيطرة على اندفاعاته الجنسية بصورة تأخذ الشريك الجنسي بعين الإعتبار. وفي ما يتعلق بالأنثى فهي على العموم أقل اندفاعاً في حياتها الجنسية من الذكر، كما أنها أقل تهوراً، واندفاعاتها الجنسية هي أكثر تعبيراً عن عواطفها منها عن حاجاتها الجنسية، ثم إن الأنثى هي على العموم أقل عرضة للصراع الذي يعانیه الذكور، وهو الصراع القائم بين التزام المراهق بالإرتباط بالوالديه وبين التزامه بالإرتباط بأقرانه. (اقرأ الفصل الخاص بالحياة الجنسية في مرحلة المراهقة).

#### مرحلة الشباب (١٩ - ٢٣ سنة):

ترتبط هذه المرحلة عادة إما بالتفكير الجدي بالزواج والإقتران أو الأقدام على ذلك بالفعل، وهذا الواقع يجعل من مرحلة الشباب مرحلة وعي مفرط نحو المشاركة الجنسية من ناحية أخرى، كما أن هذه المرحلة من الشباب تصبح مركز اهتمام

لمجتمع كل من الشاب والشابة، هذا ولدرجة شدة الصراع حول الحياة الجنسية التي للذكر أو الأنثى أن يعانونها خلال هذه المرحلة أن تقرر نمط الحياة الجنسية المستقبلية لكل منها ومدى مقدرتها على السيطرة المتوازنة على دوافعهم الجنسية. ومن المشاكل التي للذكر أن يعانونها خلال هذه المرحلة هي أعراض العنة الثانوية، والقذف المبكر، كما أن للذكر أن يعاني من صعوبة التوفيق بين دوافعه الجنسية الجاهل وممارساته الجنسية السابقة وبين مقتضيات حياته الجنسية الزوجية، ولقدرة الشاب على التوفيق في هذا الموضوع أن يجعله أكثر استقراراً من الناحية النفسية الجنسية، وإذا ما حدث ذلك فإن شريكته في الحياة الزوجية الجنسية تصبح أكثر اهتماماً وأكثر تمتعاً بحياتها الجنسية.

### فترة الرشد والزواج - (مرحلة الرشد المبكرة (من ٢٣ إلى ٣٠ عاماً):

فترة الرشد هي الفترة التالية لمراحل المراهقة (فيما يتعلق الأمر بالحياة الجنسية)، وهي فترة لها أن تتداخل مع فترة المراهقة بالنظر لأن الكثيرين يتزوجون في سن المراهقة أيضاً، غير أن للحياة الجنسية في فترة الرشد التالية للمراهقة فروقها عن فترة المراهقة، وأهم هذه الفروق تقع في المجال النفسي، ذلك لأن الفرد الراشد في هذه المرحلة يتحرر من سيطرة العائلة وسلطانها في مجالات متعددة، فهو يتصيح أتم اكتمالاً، وكذلك القيم التي يحملها أكثر ثباتاً وخصوصية، كما أن اهتماماته تصبح أكثر فردية. ومن أهم التطورات في الحياة الجنسية للراشد هي توجهه إلى البحث عن شريكة في الحياة الزوجية، وفترة البحث تأتي عادة على خلفية من التجارب الجنسية والعلاقات العاطفية، وبانتهاء عملية البحث والإختيار بالزواج فإن ذلك يكون بداية مرحلة جديدة في حياة الفرد نفسياً وجنسياً، فالزواج يمثل اكتمال الهوية الشخصية والفردية للفرد، كما أنه يوفر له فرصة التخلص مما تبقى من صراعات غير واعية سابقة في نفسه حول الأمور الجنسية، وما تحويه من مشاعر القلق والإثم، ذلك أن الفرصة تسنح له ولأول مرة لأن يمارس الجنس في إطار الزوجية وبحرية ودون خوف أو حرج، هذا ولا يطرأ تطور كبير على حياة الراشد أو المتزوج فيما يتعلق بقوته الجنسية وطرق ممارستها، فهو يحافظ عادة على المستوى العالي للطاقة الجنسية والقوة الدافعة لإنجازها وتكرارها كتلك التي وصل إليها في المرحلة السابقة (المراهقة)، غير أنه يصبح أكثر ميلاً إلى تقييد ممارساته الجنسية قدرأ وعدداً بما يتلائم مع شريكته الجنسية، كما أنه يظهر تقيداً أعظم في موضوع تنوع الممارسات الجنسية، وإن كان له أن يواصل عملية التجارب الجنسية للوصول إلى قناعة جنسية أكبر، ومع أن الذكر في هذه المرحلة يحاول إرضاء شريكته الجنسية، إلا أنه يتجه في الغالب إلى الإرضاء الجنسي لنفسه، وقد يمر وقت طويل قبل أن

يحاول جدياً التوفيق بين حاجاته الجنسية وحاجات شريكته الجنسية، وهو ما يحدث في حياة الكثيرين من الذكور من الذين يواصلون غمط العلائق الجنسية التي دأبوا عليها في مرحلة المراهقة، ولفئة من الذكور في هذه المرحلة أن يميلوا عن جادة الإلتزام الزوجي في هذه المرحلة وإلى النزوع إلى علاقات جنسية خارج الحياة الزوجية، وخاصة الذكور منهم، ومرد ذلك هو ما يفيض عن طاقتهم الجنسية والتي لا تجد لها منفذاً كافياً في الإطار الزوجي، ذلك لأن الحياة البيئية للزوجة، ولتراوح رغبتها الجنسية مع دورتها الشهرية، ولسؤوليتها عن الأولاد، لها كلها أن تخفض من دوافعها الجنسية، مما له أن يقلل من تجاوزها مع حاجات زوجها، ثم إن من طبيعة الذكر التنوع في الممارسة الجنسية، وبعض هذه الطبيعة يمثل نزعة بايولوجية ونفسية، وبعضها هو امتداد لما تعود عليه في مرحلة المراهقة، ولهذا الإنحراف عن الإطار الزوجي أن يكون بداية لانحراف العلائق الزوجية، ولهذا أن يؤدي إلى مشاكل مستقبلية يصعب تداركها وحلها، ولها أن تنتهي بالتفريق أو الطلاق، وهو المصير الذي يميز الحياة الزوجية في البلدان الغربية، ومع أن مثل هذا المصير هو أقل ظهوراً بكثير في مجتمعاتنا العربية، إلا أن العوامل الفعالة في تكوينه قائمة وأخذة في ازدياد، ومن المتوقع أن تتجه إلى مصير مماثل لما هو عليه الحال في البلدان الغربية خاصة إذا ما استطاعت الأنثى أن تحصل على كامل حريرتها في التصرف كمنظيرتها في المجتمعات الغربية.

### مرحلة الرشد الوسطى (٣٠ - ٤٦):

هذه المرحلة من العمر تتسم بتكريس الفرد - ذكراً أو أنثى، للأهتمام برعاية الأولاد والعائلة ككل، وبالإهتمام بالحياة الإجتماعية والوظيفية. ومع أن الناحية الجنسية في كل من الذكر والأنثى لا تعاني من عطل أو انخفاض بين في هذه المرحلة، إلا أن البحث الدقيق يظهر تناقضاً في الإهتمامات وفي الأداء الجنسي في الجنسين. والأنثى عادة هي أكثر من الذكر معاناة لهذا التناقض، وذلك بسبب أن هذه المرحلة من العمر تتوجه بصورة غالبية إلى الحمل والإنجاب ورعاية الأطفال إضافة إلى الأعمال المنزلية وإلى احتمالات العمل الوظيفي. ولمجموع هذه النشاطات أن تسبب للزوجة إرهاقاً له أن يصرفها عن الإهتمامات الجنسية. أما الذكر فإن لهبوط طاقته الجنسية، أن يؤدي إلى انصرافه عن العلائق الجنسية مع زوجته وبنفس الرغبة والتكرار التي ألفها في المرحلة السابقة، وهو في الكثير من الأحيان يتوجه إلى علائق جنسية خارج المؤسسة الزوجية، وذلك في محاولة لإذكاء رغبته الجنسية، أما الأنثى فإنها في معظم الحالات تكتفي بالقليل من الإرضاء اجنسي، غير أنها (في بعض المجتمعات التي تتسامح في ذلك) قد تحذو حذو

الزوج في إيجاد منافذ أخرى لطاقتها الجنسية المكبوتة، ومثل هذا السلوك من الجانبين له أن يكون مؤشراً إلى فشل الحياة الجنسية بين الشريكين، وله أن يتواصل وينتهي بفشل الحياة الزوجية بصورة كاملة ونهائية. . .

### مرحلة الأربعينات:

الإنث في الأربعينات لا يعانين من تغيير كبير في رغباتهن الجنسية وفي استجابتهن للإثارة الجنسية، وإن كان هناك بعض البطء في هذه العمليات بتزايد عمرهن، وتفيد البحوث الإستبائية بأن الأنثى في الأربعينات من عمرها تشعر برضى أكبر عن علاقتها الجنسية مما كانت عليه في العشرينات من عمرها، وتحدث في هذه المرحلة الكثير من التغييرات النفسية والجسمية والفيزيولوجية، ومن التغييرات النفسية أن الأنثى تبدأ بمساورة الشكوك حول مقدرتها على الإستجابة اللازمة للإثارة الجنسية، ومن التغييرات الجسمية الحادثة ما يحدث من تغيير في شكل الثديين، وعضلات المهبل والرحم، والتي تتمدد وترتخي مما له أن يقلل من استجابتها أثناء العلاقة الجنسية، وعلى العموم، فإن تأثير هذه التغييرات هو تأثير قليل الأثر على متعتها الجنسية، والذي يحدث أثناء سن اليأس وتوقف الحيض هو شحة الهرمونات الأنثوية (استروجين وبروجسترون) والتي تتوقف كلياً بصورة تدريجية، ونتيجة لذلك، فإن الهرمون الذكري (اندروجين) هو الهرمون الوحيد الباقي، وبالتالي المسيطر على الحياة الجنسية، وهذا ما له أن يزيد في دوافع الأنثى الجنسية في مرحلة سن اليأس وما بعدها.

أما الذكر، في الأربعينات من عمره، فإن تغييراً واضحاً يحدث في توجهه نحو الأمور الجنسية وتنوعها وإلى الركون إلى شريكة جنسية واحدة، وهو في رأي الدكتور كامبل (Campell): «في العشرينات يكون اهتمامه الأول هو الجمال الجسمي لشريكته الجنسية، غير أنه في الأربعينات وما بعدها فإنه ينظر إلى القيم الروحية والإستقرار»، ومع أن هذا ينطبق على معظم الذكور، إلا أن بعضهم يظل يداعب الرغبة بشركاء أصغر سناً. ويعاني الذكر في الأربعينات وما بعدها من تغييرات في أعضائه الجنسية، والتي يضعف توترها وتتهدل، كما أن فترة حمية القذف تقصر زمنياً، وكذلك قوة ومقادير القذف والإفراز المنوي، وهذا كله لا يؤثر على درجة متعته من الذروة، وإن كانت مدتها الزمنية تقل عما كانت عليه في السابق. ومن التغييرات الهامة التي تحدث والتي لها أن تزعج الذكر وتقلقه هي البطء الشديد في الحصول على انتصاب ثاني بعد حصول الذروة الأولى، وبالرغم من كل هذه التغييرات فإن الحياة الجنسية للذكر تتسم بالحرية والرضى والتجاوب والتوافق مع شريكته الجنسية، والكثيرون من الذكور يجدون

متعة أعظم وأكثر إرضاء خلال هذه المرحلة مما كانوا يلاقونه من متعة ورضى في العشرينات من عمرهم.

### مرحلة الرشد المتأخرة (من ٤٦ إلى ٦٠ سنة):

تسم هذه المرحلة، والتي تمتد من الأربعينات وحتى أوائل الستينات، بانخفاض تدريجي في الطاقة الجنسية من حيث الدافع والأداء والمقدرة على التكرار، ولا يحدث ما يدل على وجود أي تطوير بايولوجي أو نفسي في الحياة الجنسية النفسية في هذا الدور الحياتي، وعلى العموم فإن درجة أعظم من التوافق بين الشريكين تميز هذه المرحلة من العمر، والذي يساعد على ذلك هو أن الأنثى خلال فترة توقف الحيض وسن اليأس، تصبح أكثر تقبلاً وتمتعاً بحياتها الجنسية، وهو ما يرضي الزوج عادة، خاصة في مرحلة نقل فيها فرص العلاقات خارج الإطار الزوجي، وهذا وتبقى هناك فئة من الذكور والإناث خلال هذه المرحلة ممن كانت حياتهم الجنسية والعاطفية فاشلة، والذين يبقون على حياتهم الجنسية وهم على مضض منها، غير أن معظمهم لا خيار آخر عندهم، ذلك أنهم قد تجاوزوا مرحلة اتخاذ الخيار الآخر بالفراق أو الزواج، وهذا واقع يعيشه الكثيرون في هذه المرحلة، وهو واقع يصعب حله أو علاجه، ولا بد من تحمله على علاقته، وهو مصير تتصف به فئة غير قليلة في مجتمعاتنا، ومع أن المجتمعات الغربية قد وجدت حلولاً لمثل هذا الواقع عن طريق الطلاق ومعاودة الزواج أو التعايش، إلا أن النظام العائلي في مجتمعاتنا لا يجذب أو ييسر مثل هذه الحلول.

ومن مظاهر الحياة الجنسية في هذه المرحلة الحياتية هي ابتداء وتزايد ظهور الإضطرابات المرضية الجسمية على أنواعها، والتي تؤثر عادة على النشاط الجنسي في كل من الذكر والأنثى، وخاصة في الذكور، وللعطل الجنسي الحادث بسبب بعض هذه الحالات المرضية أن يكون عطلاً عاماً وكاملاً، ولهذا العطل في أحد الشريكين أن يكون مصدر معاناة عظيمة بالنسبة للمريض وبالنسبة لشريكه الجنسي على حد سواء، غير أن لمثل هذا العطل في أحد الشريكي أن يحفز الواحد أو الآخر أو الإثنين معاً إلى محاولة اكتشاف وسائل أخرى للتعبير عن الرابطة بينهما، وقد يكون في اكتشاف هذه الوسائل، ما له أن يعوض عن المتعة الجنسية بمتعة من المودة والتعاطف لها أن تغمرهما بلذة أعظم.

هناك بعض التغييرات التي تحدث للجنسين خلال هذه المرحلة، ومعظم هذه التغييرات تقع في المجال البيولوجي. وهي تغييرات لها أن تغير من أنماط السلوك الجنسي لكل من الأنثى والذكر، وفيها يلي أهم هذه التغييرات وما لها أن تفرضه من تغيير في السلوك الجنسي.



## الفصل الخامس

---

### سن اليأس

- سن اليأس في الإناث.
- سن اليأس في الذكور.
- الحياة الجنسية في الكبر والشيخوخة.
- الجنس والإصابات المرضية في الكبر.



## الفصل الخامس :

### سن اليأس:

#### سن اليأس في الأنثى :

على خلاف الذكر، والذي يظهر تنازلاً تدريجياً في نشاطه الجنسي منذ تجاوزه لسن المراهقة في أواخر العشرينات أو بداية العشرينات، إلا أن الأنثى تظهر عدة فترات من التحول في حياتها الجنسية منذ دورة الحيض الأولى وخلال فترات الحمل والولادة والرضاعة، وأخيراً توقف الحيض، وحتى بلوغ سن الكبر والشيخوخة، وجميع هذه المراحل ترتبط بتغيرات ملموسة في النشاط الجنسي بشقيه التخصيبي والسلوك الجنسي. وفيما يلي أهم معالم التغيير الحادثة في الأنثى في مرحلة الكبر والتي تمتد من سن اليأس وحتى سن الشيخوخة.

١ - تعاني الأنثى من حالة سن اليأس في فترة العمر الواقعة بين معدل سن ٤٨ وحتى سن ٥١، غير أن الحالة لها أن تصيب الأنثى قبل الحد الأدنى من هذا المعدل بسنة أو أكثر، وأن تحدث فيها بعد السن الأعلى بسنة أو أكثر.

٢ - تظهر الأنثى توقفاً تاماً في المقدرة على الحمل والإنجاب بوصولها إلى مرحلة سن اليأس وتوقف الدورة الشهرية، والواقع هو أن معظم النساء يظهرن مثل هذا التوقف حتى قبل انقطاع الدورة الشهرية ببضع سنوات.

٣ - تعاني الأنثى ابتداءً من مرحلة سن اليأس من تناقص تدريجي في الإستجابات الفيزيولوجية المتمثلة في الإحتقان الدموي للأعضاء الجنسية الأنثوية نتيجة للإثارات الجنسية التي يمكن أن تتعرض لها، حيث تصبح هذه الإستجابات أقل قوة وأبطأ سرعة مما مضى، ومن مظاهر هذا التناقص التدريجي في الإستجابات الفيزيولوجية ما يلي :-

١ - التناقص في سرعة حدوث ترطيب الفرج، وفي مقادير هذا الترطيب.

٢ - يحدث انخفاض في استجابة الثديين بالتعاطم عند الإثارة الجنسية، كما أن توهج الجسم، والذي يعرف بالتوهج الجنسي، وخاصة في المناطق الجنسية، يصبح أقل درجة.

٤ - تصبح التقلصات العضلية المصاحبة لاستجابة الذروة أقل عدداً وأضعف قوة مما مضى، كما أن لها أن تصبح أكثر إيلاماً مما مضى، ثم أن دور الهبوط في النشاط الجنسي والتالي للذروة يصبح أكثر سرعة مما مضى.

٥ - تتضارب البيانات في البحوث المختلفة حول تأثير سن اليأس وفترة العمر التالية له وحتى أواخر العمر على نشاطها الجنسي، فمن هذه البحوث ما يفيد بأنه لا يحدث أي تأثير يذكر على الإستجابات الجنسية للأنثى بسبب سن اليأس، ومنها ما يفيد بأن الأنثى تصبح أكثر اهتماماً بالجنس بعد بلوغها سن اليأس، ولعل ذلك يعود إلى ارتفاع مسؤولية الحمل والإنجاب في حياتها، ونتيجة لتحول بعض نشاطاتها العاطفية من مجال تربية الأطفال ورعايتهم إلى مداعبة رغباتها الخاصة ومنها الجنسية.

### سن اليأس في الذكور:

ينفي المختصون معاناة الذكور لوجود حالة سن اليأس، وعلى غرار ما هو معروف في الإناث في مرحلة توقف الحيض بصورة نهائية، غير أن بعض المختصين وعلى رأسهم الدكتور كارل شيرن (Carrl Schirren) يؤيد وجود حالة مشابهة في الذكور لما تتصف به الأنثى من مظاهر حالة سن اليأس وذلك في كتابه الموسوم علم الأندروجينات العملي (Practical Andrology)، مع وجود فارق بين الحالتين في كل من الأنثى والذكر، وهذا الفارق يتمثل في أنه بينما يعاني الإثنان من ضمور في غددهم الهرمونية (الإستروجين في الأنثى والتستسترون في الذكر) إلا أن الأنثى تتوقف عن المقدرة على التكاثر في هذه المرحلة وما بعدها، بينما للذكر أن يواصل إمكانية التكاثر حتى سن متأخر من الشيخوخة، وفي رأي شيرن هو أن أعراض سن اليأس في الذكور يجب أن ينظر إليها

من ناحية أصول الإنتاج الهرموني لهرمون التستسترون Testosterone من الخصيتين، وعلاجها بالتالي هو التعويض عن النقص في هذا الهرمون، وقد وصف الدكتور شيرر هذه الحالة بالأعراض التالية: -

- \* التوهج الحار في الجسم، الهيجية الزائدة، تسارع النبض.
- \* الشعور بالتوتر الداخلي، أحاسيس التنمل والخدر في الجسم والأطراف.
- \* الدوخة، نقص القوة الجسدية والجنسية، الشعور بالتعب.
- \* الصداع، القشعريرة، فرط التنفس، عطل في التركيز والذاكرة.
- \* اضطرابات الدورة الدموية.

ومع أن لهذه الأعراض أن تدلل على قيام حالة سن اليأس في الذكور إلا أن البينة البيولوجية الوحيدة المؤثرة لوجود الحالة هو النقص الحادث في مستوى فركتوز (Fructose) في بلازما الحيمينات المنوية (Sperm plasma) وذلك بالمقارنة مع مستواها الطبيعي.

إن من وسائل علاج هذه الحالة هو ما قام به الدكتور قيصر ومعاونوه بعلاج عدد من المعانين لحالة سن اليأس والذين تراوحت أعمارهم بين سن ٤٥ و ٦٠، وذلك بإعطائهم مركب بروفرون (Proviron) بجرعة ٧٥ ملغرام يومياً ولمدة خمسة أسابيع، وقد أفادت تحاربه العلاجية بإحداث تغيير إيجابي في ما يعانيه المصابون من عصابية، وانطواء، ونقص في تقدير الذات، وانخفاض في النشاط والأداء الجنسي، وقد تحسنت جميع هذه الأعراض بصورة لها أن تبرر الاعتقاد بأن لهذا المركب تأثير نفسي فعال.

### الحياة الجنسية في الكبر والشيخوخة:

لقد استقر في أذهان الكثيرين بأن وصول الفرد ذكراً أو أنثى إلى سن الخمسين إنما يؤشر إلى انتهاء أو قرب انتهاء النشاط الجنسي عندهما. وقد نجمت عن هذه الفئاعة اعتبار الممارسة الجنسية في الكبر بأنها بمثابة ادعاء وتبجح من كبير السن، أو أنها ممارسة ضعيفة لا توصلها إلى حدود الممارسة الطبيعية، غير أن الأبحاث الواسعة في الحياة الجنسية لكبار السن فوق هذا العمر قد أفادت بعكس ما استقر في الأذهان حول عجز المسنين في حياتهم الجنسية.

إن من الطبيعي أن تضعف الطاقة الجنسية من حيث الرغبة والأداء في سن الكبر، والواقع - كما سبق وأفدنا - بأن هناك تناقصاً في الطاقة الجنسية بتجاوز الفرد سن

المراهقة ومطلع مرحلة الشباب، غير أن هذا التناقص لا ينفي - كما دلت البحوث - أن نسبة غير قليلة من المسنين يصلون إلى الثمانينات من عمرهم وهم متمتعين بنشاط جنسي، ويمكن القول بأنه لم يمكن حتى الآن تعيين سن معين في الكبر يتوقف فيه النشاط الجنسي توقفاً كاملاً. وفيما يلي نورد بعض أهم النتائج التي توافر عليها الباحثون حول الحياة الجنسية لكبار السن في مراحل الكبر المتعاقبة، والتي لها أن تؤكد بأن لكبار السن حياتهم الجنسية والتي لها أن تكون مجدية وممتعة ومرضية لهم.

### دراسة بفايفر : Pfeiffer

خلص الباحث بفايفر إلى النتائج التالية من دراسته حول معالم الحياة الجنسية لكل من الذكور والإناث من كبار السن بين عمر ٤٥ و ٧١ سنة.

\* ٧٥٪ من الذكور بين عمر ٦١ إلى ٧١ سنة كانوا ممارسين للعلاقة الجنسية بمعدل مرة في الشهر أو أكثر.

\* ٣٧٪ من الذكور بأعمار تتراوح بين ٦١ - ٦٥، و ٢٨٪ من الذكور تتراوح بين ٦٥ - ٧٣، كانوا ممارسين للجنس بمعدل مرة في الأسبوع.

\* أفادت ٦١٪ من الإناث بأعمار تتراوح بين ٦١ - ٦٥، و ٧٣٪ من الإناث بأعمار تتراوح بين ٦٦ - ٧١ بأنهم لم يشاطرون في العملية الجنسية.

\* أفاد ٦٪ من الذكور في هذه المرحلة من العمر (٦١ - ٧١) بأنه لا تتوافر عندهم اهتمامات جنسية وذلك بالمقارنة مع ٣٣٪ من الإناث من نفس المرحلة من العمر.

\* كان الفرق بين الجنسين أعظم في مرحلة العمر بين عمر ٦٦ - ٧١، فقد أفادت ٥٠٪ من النساء بأنهن لم يمارسن الجنس خلال هذه المرحلة من العمر، بينما أفاد ١٠٪ من الذكور فقط بأنهم لم يمارسوا الجنس خلال هذه الفترة.

وفسر هذا الفرق الواضح بين الجنسين، بأن ارتفاع نسبة الإناث اللواتي توفقن عن ممارسة الجنس خلال مرحلة الكبر يعود إلى وفاة أزواجهن (٣٦٪)، أو بسبب وقوعهم بالمرض (٢٠٪)، أو بسبب الطلاق أو الفراق (١٢٪)، أو نتيجة لفقدان أزواجهن للقوة أو الرغبة الجنسية (٢٢٪ من الحالات)، أما الذكور فقد برروا توقف نشاطهم الجنسي إلى إصابتهم بالعنة (٤٠٪)، أو بسبب المرض (١٧٪)، وقد برر آخرون توقف نشاطهم إلى فقدانهم للرغبة الجنسية (١٤٪).

## دراسة كنزي: Kinsey

تناولت دراسة كنزي مجالاً أوسع من النواحي الجنسية مما تناولته دراسة بفايفر، كما أنها كانت أكثر تعمقاً، وفيما يلي بعض نتائج هذه الدراسة.

\* ليس للذكور حد عمر نهائي لمقدرتهم على الإنجاب، فإنتاج الحيوانات يتواصل حتى التسعينات من العمر، مع أنه يظهر تناقصاً منذ العقد الخامس من العمر.

\* هناك تناقص تدريجي في هرمون تستسترون في الذكور ابتداءً من عمر الستين عاماً، إلا أن هذا التناقص هو أقل بالمقارنة مع تناقص هرمون استروجين في الإناث.

\* نسبة قليلة من الذكور ابتداءً من سن ٦٠ وما فوق يبدأون بإظهار ما يمكن وصفه بأنه سن اليأس في الذكور، والذي من أهم مظاهره: عدم الإستقرار، تناقص الوزن، سوء الشهية، انخفاض الطاقة الجنسية مع انخفاض في القوة الجنسية، عطل في القدرة على التركيز الفكري، الشعور بالضعف والتعب، وسرعة الإنفعال بالمقارنة مع من هم دون ذلك السن، وانخفاض في قوة القذف وفي مقداره، كما يلاحظ بعد هذا السن أن الذكور لا يقومون بالقذف عادة، وإن كان ذلك لا يؤثر على متعتهم الجنسية.

## الجنس والإصابات المرضية في الكبر:

يعاني كبار السن بصورة طبيعية من انخفاض في طاقاتهم الجنسية من حيث الأداء والتكرار، غير أن هذا لا يعتبر عطلاً مرضياً، ذلك أنه في معظم الحالات يتوافق مع حاجات وقناعات كبار السن من العلائق الجنسية، كما أن للمسئ أن يجد الكثير من متعته الجنسية عن طرق لا تتضمن الأداء الجنسي المباشر، غير أن للحياة الجنسية بحدودها المعتادة في هذه المرحلة من العمر أن تتأثر بصورة بالغة نتيجة للإصابة بحالات مرضية عضوية متزايدة الشدة، ومن هذه: أمراض القلب التنكسية، والجلطات الدماغية، والإصابات السرطانية، وأمراض المفاصل، وأمراض الجهاز البولي المزمنة، وبالنظر لأن هذه الإصابات المرضية تحدث بصورة تدريجية، فإن لبطها أن يمكن المصاب من التكيف على تأثيرها وبصورة تضمن له أكبر قدر ممكن من القناعة بحياته الجنسية (إقراء الفصل الخاص بالجنس والأمراض).

\* تميل فترة الإسترخاء بعد القذف إلى المطاولة بصورة متزايدة مما يتطلب زمناً

أطول مما مضى لمعاودة العلاقة الجنسية .

\* لم يجد كنزي بأن لتوقف الحيض في الأنثى أي تأثير مباشر على استجابتها الجنسية، وإن كان نشاط الأنثى المتوقفة عن الحيض يقل عن مستواه السابق لهذه المرحلة، ويفسر ذلك بأنه ناجم عن انخفاض في رغبتها الجنسية . . . وعلى العموم فإن النشاط الجنسي للذكور يقل تدريجياً بعد سن المراهقة ويتواصل ذلك الانخفاض حتى سن الكبر، بينما في الإناث فإن انخفاضاً يحدث في مستوى النشاط الجنسي غير أنه انخفاض أقل مما يلاحظ في الذكور عبر مسيرتهم الحياتية .

\* هناك بيانات تفيد بأن النساء يصبحن أكثر اهتماماً بالجنس في الفترة التالية لتوقف الحيض، ويفسر ذلك بأنه نتيجة لتوقف مخاوف الأنثى من الحمل، كما أنه يطلق الطاقة الجنسية التي كانت مكبوتة خلال فترات الإنجاب ورعاية الأمومة .

#### دراسة مارتن :

قام مارتن بدراسته على الذكور كبار السن عام ١٩٧٧، وقام بتحليل المعلومات التي جمعها من مئات من الذكور بين عمر ٢٠ وحتى ٩٥ سنة من الأعمار، ومن أهم معطيات الدراسة البيانات التالية :

\* وجد بأن النشاط الجنسي الفعلي يقل تدريجياً كل ٥ سنوات بعد سن ٣٤، ويتمثل ذلك بهبوط معدل اللقاء الجنسي من ٢,٢ مرة أسبوعياً بين سن ٣٠ وحتى ٣٤، إلى معد ٠,٧ أسبوعياً بالوصول إلى عمر ٦٠ وحتى ٦٤ سنة، وبمعدل ٠,٤ أسبوعياً بالوصول إلى سنة ٦٥ - ٦٤، ومعدل أسبوعي ٠,٣ بالوصول إلى سنة ٧٥ - ٧٩، وقد كان من رأي الباحث بأن هذه النسب تمثل معدل الحدود العليا للنشاط الجنسي في هذه الأعمار، وذلك لأن عينته كانت من الذكور الذين يتمتعون بصحة جيدة .

\* خلص مارتن إلى الإستنتاج بأن مستوى القوة الجنسية للذكر في الكبر يتوافق نسبياً مع النشاط والقوة الجنسية في سن ما بين ٢٠ - ٤٠ سنة، إلا إذا أصيب الفرد في الكبر بعلّة مرضية تحل بهذا التوافق .



## الفصل السادس

---

### الجنس والمراهقة

- مقدمة.
- أدوار النمو الجنسي في المراهقة.
- بيانات احصائية حول السلوك الجنسي في المراهقة.
- المراهقة والانحرافات الجنسية.
- المراهقة ومؤسسة الزواج.



### الجنس والمراهقة

#### مقدمة :

ليس هناك من شك بأن موضوع الجنس بنواحيه وارتباطاته المختلفة من سلوك وتفاعل وعواطف ورغبة وغيرها من أوجه الحياة الجنسية تمثل الجزء الأكبر من اهتمامات المراهقين وهمومهم، وهذا واقع متوقع، فالحياة الجنسية الفعلية والفعالة تبدأ في سن المراهقة المبكرة، ثم تزداد قوة وعنفاً مع تقدم سن المراهقة لتبلغ ذروتها في مرحلة المراهقة المتأخرة، ويرافق هذا النمو في الدافع والطاقة الجنسية عمليات أخرى من النمو من أهمها نمو الهوية الذاتية وما تتضمنه من حاجة المراهق إلى التوجه إلى إقامة العلاقات الشخصية وخاصة مع الجنس الآخر من أترابه، وظهور عاطفة الحب والسعي إلى ربطها بشخص معين، وبدء التحسس بالمتعة الفائقة عند إقامة الصلة، والمعاناة الشديدة عند تأخرها وانقطاعها، ويتضح من ذلك بأن الحياة الجنسية للمراهق تجمع بين أوجه متعددة من النمو البيولوجي والنفسي والعاطفي . وجميعها تمثل طاقات تصب في معين واحد، بحيث يصعب التفريق بين ما هو من مصدر جنسي بيولوجي ، أو من مصدر عاطفي ، أو من مصدر نفسي يمثل حاجة المراهق إلى اكتساب هويته والتعرف والإهداء على هوية شخص آخر يتعامل معه بصورة متكافئة ومتكاملة .

## أدوار النمو الجنسي في المراهق:

يمر المراهق بعدة أدوار في نموه الجنسي في مرحلة المراهقة، غير أن هذه الأدوار لا تلتزم بشيء معين، كما أن لسرعتها أن تتباين بين دور وآخر وبين مراهق وآخر، وتتقرر هذه الأدوار تبعاً لمقررات عدة من أهمها الطبيعة البيولوجية للمراهق، ومحيط تربيته، والفرص المتاحة له لممارسة تجربة أو أخرى من المسالك الجنسية. والتوالي المألوف للمسالك المعبرة عن الحياة الجنسية في المراهقين، تبدأ عادة بالركون إلى الخيال وتركيزه حول شخص آخر من جنسه أو من الجنس المعاكس، وكثيراً ما يرتبط هذا الخيال بممارسة الإستمناء، وقد يظل هذا النمط من السلوك الجنسي النمط الوحيد الممكن للمراهق إلى أن تسنح له فرصة تطويرة إلى علاقات جنسية فعلية ومباشرة مع فرد أو آخر من الجنسين، ومتى سنحت مثل هذه الفرص فإن مسيرة العلاقة الجنسية تتفاوت بين المراهقين، فلها على سبيل المثال أن تمر بأدوار من التطور يبدأ بالتقبل ثم بالمداعبة الخفيفة وتليها المداعبة الأكثر عمقاً، ولها أن تنتهي بالعلاقة الجنسية الفعلية، وفي آخرين من المراهقين فإن لهذه التجارب السلوكية أن تختصر الزمن، ولبعضهم أن يعبروا المسيرة كلها في السلوك الجنسي الكامل منذ البداية (وهو ما يحدث في حالات عديدة في المجتمعات الغربية والتي لا تفرض قيوداً قانونية أو معنوية على العلائق الجنسية بدرجاتها المختلفة)، هذا وهناك فئة من المراهقين ممن لا تسنح لهم فرصة ممارسة أي مظهر من مظاهر الحياة الجنسية، أو إنهم يعرضون عنها بسبب أو آخر كالخوف، أو الخجل، أو القيود الحضارية، أو الوازع الديني، أو بسبب ضعف الدافع الجنسي وغيرها من الموانع.

## بيانات إحصائية حول السلوك الجنسي:

لا تتوفر بيانات إحصائية من مجتمعاتنا حول السلوك الجنسي في فترة المراهقة لأسباب عدة أهمها أن مجتمعا ما زال ينظر إلى المواضيع المتعلقة بالجنس نظرة تستر وتزمت، وهو موقف ما زال يعيق إمكانية معرفتنا لواقع السلوك الجنسي وأهميته وخاصة في أهم مرحلة من مراحل نموه وتطويرة وهي مرحلة المراهقة، غير أن هناك البيانات من مصادر غربية، وحتى هذه البيانات فإنها في تغيير مستمر عبر المسنين، كما أنها تتفاوت بين مجتمع وآخر. وفيما يلي نورد المعلومات المذهلة التالية حول المسالك الجنسية في مرحلة المراهقة (في الولايات المتحدة) والتي لا تختلف كثيراً عنها في المملكة المتحدة وفي الأقطار الأوروبية الأخرى:

\* إن ما لا يقل عن ٣٥٪ من الإناث غير المتزوجات بين سن ١٥ - ١٩ قد مارسن العلاقة الجنسية الكاملة.

\* إن ما لا يقل عن ٥٥٪ من الإناث، غير المتزوجات قد مارسن العلاقة الجنسية الكاملة ببلوغهن سن التاسعة عشرة.

\* إن أكثر من ١٨٪ من الفتيات قد مارسن العلاقة الجنسية ببلوغهن سن الخامسة عشرة.

\* وفي دراسة أخرى قام بها كل من جيسور وكوستا Jesser , Costa وغيرهما حللوا فيها العلاقة بين المراهق أو المراهقات ممن يضعون أهمية أكبر على استقلاليتهم وأهمية أقل على تقدمهم الأكاديمي، والذين يتوجهون بقدر أعظم من النقد لمجتمعهم، ويبدون تساهلاً أكبر حول الانحراف السلوكي، وتعلق أقل بالدين، فإن سن ممارستهم للعلاقة الجنسية الكاملة كان بصورة واضحة سنّاً أصغر من أولئك الذين اتصفوا بسمات معاكسة.

\* في دراسات غربية حول السن الذي تبدأ فيه العلاقات الجنسية الفعلية مع الجنس الآخر، أفادت هذه الدراسات بأن حوالي ١١٪ من الإناث خسرن بكارتهن بين سن الثالثة عشرة وسن الخامسة عشرة (عام ١٩٧٢)، وارتفعت هذه النسبة عام ١٩٧٣، لتبلغ ١٧٪، وفي حالة الذكور فإن النسبة كانت ٢٥٪ و ٣٣٪ على التوالي، وتفيد الإحصائيات الأخيرة بأن النسبة قد ربت على الضعف عما كانت عليه قبل عشرين عاماً. وتفيد الدراسات الأحدث (١٩٩٢) في بعض الدول الأوروبية بما في ذلك المملكة المتحدة بأن ٩٩٪ من الإناث يفقدن بكارتهن بوصولهن إلى سن السابعة عشرة.

بالرغم من الإقبال المتزايد للمراهقين على ممارسة الجنس بتوعياته المختلفة من استمناء، وعلاقات جنسية مثلية، وعلاقات جنسية فعلية، إلا أن المراهق يعاني الكثير من الهموم حول حياته الجنسية، ومن أكثر هذه الهموم تسبباً لمعاناته:

١ - التخوف من الحمل، وما يترتب عليه من مسؤوليات.

٢ - التخوف من الإختلاطات المرضية الناجمة عن الأمراض المنتقلة جنسياً، وخاصة مرض الإيدز.

٣ - للمراهق أن يكون قلقاً ومنشغلاً بمظاهر التغيير الحادث في ملامحه الجسمية

ومدى تأثير ذلك على مشاعره وتوجهاته نحو القضايا الجنسية والسلوك الجنسي.

٤ - يعاني المراهق من صراعات فكرية والمتكونة من نشاطات جنسية طفولية تجاوزها، ومن حياة جنسية نامية وملائمة للراشدين.

٥ - المعاناة من صراعات تدور حول التوفيق بين دوافع بايولوجية تحتاج إلى تصريف وإرضاء، وبين متطلبات اجتماعية تفرضها حضارة المجتمع الذي ينتمي إليه.

٦ - يعاني المراهق من الأفكار التي تساوره حول احتمالات الضرر الممكنة من ممارسة الإستمناء من حيث الصحة العامة، ومن حيث تأثيرها المستقبلي على الكفاءة الجنسية والتخصيبية، كما أن له أن يعاني من مشاعر الإثم نتيجة ممارسة ما زالت تعتبر مكروهة دينياً، ومعنوياً.

٧ - الصراع القائم حول الممارسات الجنسية المثلية، والتخوف من أن تصبح هذه الممارسات نمطاً جنسياً انحرافياً في المستقبل.

٨ - وللمراهق أن ينشغل في أمر مواضيع أخرى خلال فترة المراهقة، ومن هذه: الخيالات الجنسية خاصة المنحرفة منها، والعواطف الجارفة حول علاقات الحب ونتائجها، والإهتمام بموضوع الكفاءة الجنسية، والتهييب من إقامة العلاقة بالجنس الآخر، إضافة إلى القلق أو حتى الفزع من مظاهر الإضطراب أو العطل في النشاط الجنسي.

ولعل من أهم الأمور التي تستحوذ على اهتمام المراهق خاصة في الفترة الأخيرة من مرحلة المراهقة، هي مسألة الاستقلال في الحياة الجنسية، ويظهر هذا الإهتمام في محاولات المراهق التركيز على فرد معين من الجنس المقابل ليكون الشريك الحياتي الدائم له.

### الإستمناء:

الإستمناء هو المخرج الأكثر توافراً للمراهق في الدور الأول من المراهقة والذي يبدأ في الفترة السابقة للبلوغ أو حوالها وخاصة في الذكور، والإسراف في هذه الممارسة هو القاعدة الغالبة في معظم المراهقين في هذا الدور الأول من المراهقة، والباحث يجد بأن هذه هي الوسيلة الوحيدة المتيسرة للمراهق لتصريف التوتر النفسي الحادث بسبب ما يعانيه من القلق. وفي هذه المرحلة من العمر لا تتوجه الممارسة إلى هدف أو شخص معين، وإنما يتركز الخيال أثناء الممارسة على صور ومواقف متنوعة تكفي لإثارته جنسياً

وتدفعه للإستمناء أو تغذي عملية الإستمناء الفيزيائية أثناء ممارستها. وفي المرحلة التالية من المراهقة، والتي تقع عادة بين سن الخامسة عشرة وسن العشرين، فإن ممارسة الإستمناء تقل إلحاحاً وتكراراً في حياة أولئك المراهقين الذين تسرت لهم سبل تصريف دوافعهم وطاقتهم الجنسية بصورة فعلية مباشرة مع شركاء من جنسهم أو الجنس الآخر، غير أن لسلوك الإستمناء أن يتواصل وحتى أن يشتد في أولئك المراهقين الذين لم تتيسر لهم الفرص المواتية لتصريف طاقتهم الجنسية بوسائل غير الإستمناء، وهو ما يحدث عادة في أولئك الذين يخضعون لقواعد اجتماعية أو تربوية، ولغيرهم ممن يتجنبون مثل هذه العلاقات الجنسية بسبب أوضاعهم النفسية، وما يقتضي الإشارة إليه هو أن الإستمناء في حياة المراهق لا يمثل فقط الدافع الجنسي والطاقة الكامنة وراء هذا الدافع، وإنما يمثل أيضاً فعل العديد من العوامل والعمليات والتي للباحث فيها أن يقع على معالم شخصية المراهق والصراعات التي يعانيتها، والأهداف التي يسعى إليها، وهو ما له أن يتضح من تحليل الخيالات التي يداعبها المراهق أثناء عملية الإستمناء.

### اختيار الشريك :

بوصول المراهق إلى المرحلة الأخيرة من المراهقة وهي مرحلة من النمو الجنسي تتزامن مع عادة وصول المراهق إلى مرحلة متقدمة من تكوين هويته الذاتية، فإن المراهق حتى بممارسته للإستمناء فإنه يربط طاقاته الجنسية والسعي إلى تصريفها بشخص معين يتصور فيه الشخص الموافق لمحتواه العقلي والعاطفي، ويتركز المراهق على مثل هذا الشخص صورة أو واقعاً، فإن المراهق يكون قد خطا خطوة هامة في اتجاه نقل حياته الجنسية من مجرد الخيال المرتبط فقط بالطاقة الجنسية إلى حياة جنسية ترتبط بشيء معين يأخذ الواقع والمستقبل بعين الاعتبار، وإذا حدث ذلك فإن هدف الزواج يرتبط بالرغبة الجنسية والتعبير عنها حتى ولو لم يتيسر له ممارستها بالفعل .

### المراهقة والانحراف الجنسي :

يفيد الباحثون بأن الانحرافات الجنسية هي في تزايد بين أوساط المراهقين بالمقارنة مع الماضي، كما أنها راحت تبدأ في سن أبكر مما كان معروفاً، وهناك بيانات بأن الانحراف الحادث في السلوك الجنسي اتخذ أشكالاً متعددة، والتي للمراهق أن يمارسها في علاقة جنسية واحدة، أو في علاقات متعددة، وتفيد الدراسات بأن الغالبية العظمى للانحرافات الجنسية تقع في الذكور، وبأن أكثر من نصف حالات الانحراف تبدأ قبل بلوغ المراهق سن الثامنة عشرة من العمر. ويعلل الباحثون زيادة حوادث الانحراف

وتعددها في المراهقين إلى نتيجة التسامح الجنسي الذي انتشر في النصف الثاني من هذا القرن في العالم الغربي خاصة، وإلى اقتران هذه الفترة الزمنية بظهور جماعات المراهقين بتنظييات مختلفة وبمسالك جديدة وخارجة عن المألوف والتي اتجهت في الكثير من الحالات إلى التبذل الجنسي بمختلف أنواع انحرافاته، وقد سهل ذلك إقبال المراهقين على تناول الكحول والعقاقير المنشطة أو المخدرة، وتسامح المجتمع والقانون أمام هذه الظاهرة ونتائجها، وهكذا أصبحت حضارة المراهقين في حد ذاتها مرحلة تجمع بين التسبب والتجريب في المجال الجنسي، وهي ظاهرة أخذت تمتد بسرعة إلى الكثير من المجتمعات التي كانت تعتبر محافظة وملتزمة في مجال الحياة الجنسية.

### المراهقة ومؤسسة الزواج :

في بداية المراهقة - حول سن البلوغ - تنشط الطاقة الجنسية والدافع الجنسي لإفراغ هذه الطاقة، وهذا يتم في معظم الأحيان بصورة فيزيائية لا ترتبط بشخص معين، أو بأي شخص، بل تتم الممارسة عادة بصورة مفردة وخفية كما هو الحال في سلوك الإستمناء في كل من الذكر والأنثى. وبصورة تدريجية يبدأ ربط الدافع الجنسي والسعي لإرضائه بخيال صورة أو موقف أو تجربة عرضت للمراهق، وبهذا الربط تتوقف الممارسة الجنسية عن أن تكون عملية ميكانيكية من الإثارة والإفراغ لشحنة الطاقة الجنسية، والذي يحدث في مرحلة لاحقة من سن المراهقة هي أن المراهق يستبدل خياله غير الواقعي بربط تجربته الجنسية بشخص معين تم اختياره واعتباره مساوياً له في الهوية الذاتية، ولهذا الحدث أن يكون مؤشراً لمرحلة لا تخلو من قلق ومعاناة، ذلك لأن المراهق يخشى من ناحية من ضرورة تخليه عن أنماطه السلوكية التي مارسها وألفها في سنوات المراهقة وخاصة في المجال الجنسي، كما أنه كثيراً ما يخشى من احتمالات فشله في إرضاء شريكه الجنسي بعد الزواج، إضافة إلى خشيته من فقدان استقلاليته بمشاطرتها مع شريكه، وتحمل المسؤوليات الحياتية التي تترتب على هذه المشاركة، وهي المسؤوليات التي لم يألفها ولم يعد نفسه مسبقاً لمواجهةها. ومن أهم المشاكل التي للمراهق أن يعانها خلال هذه الفترة هي ضرورة النظر في مدى الحاجة للإبقاء على علاقاته السابقة مع أترابه من الجنسين والتي لها في الكثير من الحالات أن لا تتوافق مع طبيعة المرحلة التالية من حياته. ومما له أن يزيد هذه المرحلة تعقيداً هو ما تتطلبه هذه المرحلة من تغيير جذري في سلوكه ليس في المجال الجنسي فحسب، وإنما أيضاً فيما يتعلق بسلوكه الحياتي والذي يشمل العمل والعلاقات الإجتماعية واحتمالات تعاطيه للمشروبات والعقاقير، وغيرها من المواد التي تجد أكثر مجالات استعمالها في المراهقين



والشباب، وللقوى السلبية التي تملكها جميع هذه المسالك أما أن تعيق الزواج أو أن تعثره، وهو ما يحدث في المجتمعات الغربية بصورة صارخة، كما أنه راح يظهر كظاهرة مزعجة في مجتمعاتنا.

إن مما يعقد فترة المراهقة في مجالات عديدة وخاصة في المجال الجنسي هو طول فترة المراهقة والتي أصبحت تتجاوز حتى سن العشرين بعدة سنوات، وذلك بسبب تطاول فترة الدراسة حتى منتصف العشرينات أو يزيد في بعض الإختصاصات، وبسبب ظروف اجتماعية واقتصادية تجبر المراهق على أن يظل متواكلاً على أهله أو غير قادر على تحمل مسؤولياته الحياتية، ولهذا التأخير أن يكون ذا فعل معاكس، فهو من ناحية له أن يؤدي إلى اكتمال المراهق لهويته الذاتية، وله أن يعطيه خبرة أكثر نضوجاً في المسائل الحياتية بما فيها النواحي الجنسية، ألا أن له في الوقت نفسه أن يطيل فترة التجارب الجنسية المنحرفة أو غير المسؤولة مما له أن يجعل اختيار الشريك والركون إليه أمراً أقل نجاحاً، وأقل استمرارية، وعلى كل حال فإن هناك من البيئات ما يفيد بأن نمو الحياة الجنسية لا ينتهي في مرحلة المراهقة مهما طال، بل إن هذا النمو يتواصل في المراحل التالية لفترة المراهقة، من شباب ومتوسط عمر وحتى الكبر.



## الفصل السابع

---

### العطل الجنسي

- مقدمة.
- وقوع وانتشار العطل الجنسي.
- أسباب العطل الجنسي.
  - الأسباب العضوية.
  - الأسباب النفسية.
- التفريق بين الأسباب العضوية والأسباب النفسية.
- العوامل المساهمة في العطل الجنسي.
- (١) العوامل المهيمية (٢) العوامل المرسية (٣) العوامل المديمة.
- علاج العطل الجنسي.
  - (١) حديث العهد (٢) طويل الأمد.
- التفريق بين العنة العضوية والعنة النفسية.



## الفصل السابع :

### العطل الجنسي :

#### مقدمة :

العطل الجنسي، هو حالة الإضطراب في أداء الوظائف أو العمليات الجنسية في ناحية أو أكثر من نواحيها في الذكر أو الأنثى، مثال ذلك ما قد يعانيه الذكر من عطل ما في عملية الإنتصاب أو القذف، وما قد تعانيه الأنثى من عطل في الحصول على الذروة الجنسية.

إن مفهوم العطل الجنسي لا يعني بالضرورة أن الأداء الجنسي والاستجابات المرتبطة بهذا الأداء قد تعطلت كلياً، فهناك درجات متفاوتة من العطل، والتي تتراوح بين الهبوط قليلاً عما هو طبيعي ومألوف في مرحلة معينة من العمر. وبين العطل الكامل في الأداء والاستجابة. وهناك أيضاً ضرورة التمييز بين العطل الحادث منذ بداية العمليات الجنسية للفرد، كفشل الفرد أبداً بالحصول على الانتصاب أو القذف، وهو ما يعرف بالعطل الأولي، وبين العطل الحادث بعد أن يكون الفرد قد مر بتجربة أو تجارب جنسية طبيعية، وهو ما يعبر عنه بالعطل الثانوي، وأخيراً فإن هناك ضرورة التفريق بين العطل من حيث أسبابه، وإذا كانت عضوية، أو غير عضوية، وهذا

العطل الأخير يعتبر مساوياً للأسباب النفسية، مع ضرورة التنويه بأن للفرد أن يعاني من عطل جنسي تشارك في إحداثه حالات عضوية وأخرى نفسية.

### وقوع وانتشار العطل الجنسي :

إن من الصعب إن لم يكن من المتعذر إعطاء إحصائيات موثوقة حول مدى وقوع وانتشار العطل الجنسي في معظم المجتمعات السكانية إن لم يكن في جميعها، وذلك لأن معظم المعانين للعطل الجنسي لا يبوحون بما يعانونه من عطل، كما أنهم لا يتقدمون للإستشارات الطبية إلا في نسبة قليلة من الحالات... ثم أن الكثيرين يعانون من العطل غير أنهم لا يعلمون فيما إذا كان عطلهم هو أمر طبيعي يعانيه جميع الناس. أم أنه يمثل حالة مرضية، وهناك آخرون ممن يعانون من تراوح في أدائهم الجنسي. وهم لا يفرقون بين ما هو طبيعي أو غير طبيعي في هذا النمط من الأداء الجنسي... ومع كل ذلك فقد جرت دراسات استقصائية في المجتمع الأمريكي قام بها كنزي وآخرون. مثل ماسترس وجونسون، والتي أفادت بأن حوالي نصف المتزوجين في أمريكا أما أنهم يعانون من عطل جنسي، أو أن معاناتهم من ذلك قد أصبحت وشيكة، وهم يقدررون بأن العدد يفوق ذلك كثيراً إذ نحن احتسبنا تلك الحالات المتكررة من ضعف الأداء الجنسي والتي يتعرض لها كل من الذكر والأنثى في علائقهم الجنسية، وأخيراً فإن من الجلي ضرورة أن يؤخذ بعين الاعتبار عند تقدير قيام العطل الجنسي من عدمه عدة عوامل من أهمها: الخصائص الشخصية للفرد، وتجاربه الخاصة، والمحيط الذي ينتمي إليه، ومرحلة العمر التي يمر فيها، وشراكاتها الجنسية، وغيرها من العوامل التي لها أن تؤثر في استجاباته الجنسية. وقد انضح من دراسة قام بها (فرانك ومشاركوه Frank et al) عام (١٩٧٨) على ١٠٠ زوج من الذكور والإناث من المتزوجين والمتمتعين بحياة زوجية سعيدة، وكلهم من المثقفين - النتائج التالية:

- ١ - ٤٠٪ من الذكور أفادوا بحدوث عطل عندهم في الإنتصاب أو القذف في وقت ما في حياتهم الجنسية.
- ٢ - ٦٣٪ من الإناث أفدن بحدوث عطل في الإستشارة الجنسية، أو عطل في الذرة في وقت ما في حياتهن.
- ٣ - ٥٠٪ من الذكور و ٧٧٪ من الإناث، أفادوا إضافة إلى ما سبق معاناتهم لمشاكل جنسية بما في ذلك فقدان الرغبة الجنسية أو عدم المقدرة على الإسترخاء.

## تصنيف اضطرابات العطل الجنسي في الجنسين :

تصنف اضطرابات العطل الجنسي على صور مختلفة بين الباحثين، وليس هناك من تصنيف واحد مما هو مقبول أو متبع عالمياً، ومن التصنيفات التي تلم بمعظم اضطرابات العطل الجنسي في كل من الجنسين هو التصنيف التالي والذي يعتمد على طبيعة العطل للحدث .

العطل الجنسي في الذكر	العطل الجنسي في الأنثى	طبيعة العطل
عطل الاهتمام الجنسي	عطل الإهتمام الجنسي	١ - عطل الاهتمام بالجنس
عطل الإنصاب	عطل الإستشارة الجنسية	٢ - عطل الاستشارة الجنسية
القذف المبكر/ القذف المتأخر/ أو الغائب	عطل الذروة	٣ - عطل الذروة
القذف المؤلم	تشنج المهبل	٤ - مشاكل أخرى
عسر الجماع	عسر الجماع	٥ - الرضى
عدم الحصول على الرضى من العلاقة الجنسية	عدم الحصول على الرضى عن العلاقة الجنسية	

## أسباب العطل الجنسي :

هناك عوامل عديدة ومتنوعة لها أن تؤدي إلى قيام العطل الجنسي في ناحية أو أخرى من النواحي التي صنفت آنفاً، ويمكن تقسيم هذه العوامل إلى صنفين رئيسيين وهما :

١ - العطل الجنسي المسبب عن عوامل فيزيائية (عضوية).

٢ - العطل الجنسي المسبب عن عوامل نفسية .

ومثل هذا التصنيف هو تصنيف غير عازل، فالعطل الجنسي الناجم عن أسباب فيزيائية (عضوية) له أن يحدث حالات نفسية والتي من شأنها أن تزيد في العطل المسبب عن علة فيزيائية، كما أن للإستجابات الفيزيولوجية الناجمة عن الأسباب الفيزيائية أن تزيد أيضاً من العطل الجنسي. وفيما يلي أهم العوامل المادية (الفيزيائية - العضوية) المسببة لاضطرابات العطل الجنسي من نوع أو آخر.

## الأسباب العضوية:

يعنى بالأسباب العضوية تلك الأسباب المادية أو الفيزيائية من داخل الجسم أو خارجه، والمؤثرة في الحياة الجنسية للفرد، ويقدر الباحثون بأن ما يتراوح بين ١٠ و ٢٠٪ من حالات العطل الجنسي بأنواعه المختلفة تنجم عن اضطراب عضوي مباشر، وتفيد التجارب العلاجية بأن طرق العلاج السلوكية أو النفسية المختلفة لا تجدي نفعاً في مثل هذا الحالات، وإن كان لها أن تفيد في علاج المضاعفات النفسية التي يعانيتها البعض نتيجة للعطل العضوي، والتي تزيد عادة من درجة العطل الجنسي الحادث.

يمكن تصنيف الأسباب العضوية للعطل الجنسي إلى فئتين رئيسيتين، الأولى هي فئة الأسباب المرضية، والثانية هي فئة العقاقير، كما يمكن تصنيف أسباب العطل الجنسي العضوي تبعاً للعطل الجنسي الحادث، ونحن فيما يلي نأخذ بالتصنيف الذي يتناول المسببات العضوية من مرضية أو عقاقيرية والتي ترتبط عادة بحالات العطل الجنسي المبينة لاحقاً في كل من الذكور والإناث، وكما يلي: -

### الإضطرابات الهرمونية:

- \* مرض السكري .
- \* مرض أديسون .
- \* الوذمة المخاطية (myxedema) .
- \* فرط الدرقية .
- \* ضخامة النهايات Acromegaly .
- \* أورام الغدة الكظرية .
- \* عطل محور النخامية - الكظرية - الخصية .

### الإضطرابات الغذائية:

- \* نقص التغذية .
- \* نقص الفيتامينات .

### اضطرابات التنفس:

- \* عجز التنفس .



## اضطرابات القلب:

- \* التصلب العصيدي Atherosclerosis .
- \* أم الدم للشريان الأبهرى Aortic aneurysm .
- \* هبوط القلب .

## اضطرابات الكبد:

- \* تشمع الكبد .

## اضطرابات الكلى والمجاري البولية:

- \* عجز الكلى المزمن .
- \* الأدرة .
- \* القيلة الدوالية .

## اضطرابات الجهاز العصبي:

- \* التشمع المتعدد multiple Sclerosis .
- \* مرض باركنسون .-
- \* الصرع الصدغي - Temporal epil .
- \* اعتلال النخاع الشوكي .
- \* أورام الجهاز العصبي المركزي .
- \* التهاب الأعصاب المحيطة .
- \* الشلل العام .
- \* مرض تيبس الظهر Tables dorsalis .

## التقنيات الجراحية:

- \* استئصال البروستات .
- \* قطع أجزاء من الكولون .
- \* قطع الجهاز السمبثاوي .
- \* استئصال المثانة .
- \* الخصي (قلع الخصيتين أو المبيضين) .

متفرقات :

- \* العلاج بالراديوم .
- \* كسر الحوض .
- \* النكاف .
- \* الأمراض المزمنة المضنية .

العقاقير والمواد المرتبطة بالعتل الجنسي :

- \* المستحضرات الكحولية .

المستحضرات والعقاقير المسببة للإدمان :

- \* الكوكايين، الهيروين، ميثادون، مورفين، الأمفيتامينات، القنابيات (الحشيشة

إلخ).

العقاقير المؤثرة العقلية :

- \* مضادات الكآبة (الحلقية، والناهيات لمونامين أوكسدين).
- \* الليثيوم .
- \* العقاقير المعقلة بصورة عامة .
- \* المهدئات (مركبات بنزوديازيبين (الليريوم إلخ).

مضادات ضغط الدم :

- كلوندين Clonidine مثل دوبا، سبايرو يرونولاكتون Spironolactone،
- Arramethidine، وهايديرولكلورثيازيد Hydrchlor thiayizide و Debrisoquin .

عقاقير متفرقة :

- \* مضادات مرض باركنسون .
- ديجوكسن Digoxin .
- دوريدين (Doriden) Glutethimide .
- فنتولامين Phentolamine .
- بروبرانولول (إنديرال Inderal) Propranolol .

## العوامل النفسية المؤثرة في الحياة الجنسية:

في رأي بعض الباحثين بأن الغالبية العظمى من حالات العطل في الحياة الجنسية تأتي عن فعل عوامل نفسية وليس عن فعل عوامل عضوية. ومن هذه العوامل:

- ١ - عدم مقدرة الفرد على التوفيق بين عاطفة المودة نحو شريكه الجنسي مع مشاعر الرغبة الجنسية نحوه (ذكراً أو أنثى «فرويد»).
- ٢ - ما يمكن أن يملكه الفرد من أنا عليا (Super - ego) عقابية.
- ٣ - عدم مقدرة الفرد على الثقة بشريكه الجنسي.
- ٤ - شعور الفرد بعدم المقدرة على القيام بالعلاقة الجنسية.
- ٥ - شعور الفرد بأنه غير مرغوب من شريكه الجنسي.
- ٦ - عدم المقدرة على التعبير عن الرغبة الجنسية بسبب اضطراب نفسي كالخوف والقلق والفرع والهلع والغضب والتوتر والخجل.
- ٧ - نتيجة لما قد يعانيه الفرد من نواهي معنوية (أخلاقية أو دينية).
- ٨ - عدم توافق التوافق بين الشريكين.
- ٩ - تعذر إقامة واسطة تعبيرية بين الشريكين أو عند أحدهما.
- ١٠ - انعدام أو ضعف استجابة الشريك الجنسي.

## التفريق بين العوامل النفسية والعوامل العضوية:

هناك إمكانية الخطأ في تعيين السبب الأساسي لكل حالة من حالات العطل الجنسي، سواء في الذكر أو الأنثى، ولا بد في كل حالة من الوقوف على جميع البيئات الممكنة حول تاريخ العطل وظروف حدوثه والموقف الذي حدث أو يحدث فيه، كما يقتضي دائماً البحث في إمكانية فعل العوامل النفسية أو العوامل العضوية بصورة متوازنة بالنظر لأن الكثير من العوامل العضوية أو النفسية قد لا تكون ظاهرة أو واضحة، هذا وهناك بعض الفحوص التي لها أن تفرق بين العطل الجنسي عضوي المنشأ والعطل النفسي المنشأ، ومن هذه الفحوص:

- ١ - رصد حدوث أو عدم حدوث الإنتصاب القيصبي أثناء فترات النوم الحاملة، ذلك أن مثل هذا الإنتصاب يحدث للذكر الذي يعاني من عطل جنسي نفسي، غير أنه معدوم أو ضعيف في الذي تسبب عطله عن حالة عضوية.

٢ - فحص تحمل الكلوكوز glucose tolerance test .

٤ - فحوص لقياس الهرمونات ووظائف الكبد، والغدة الدرقية، والبرولاكتين

. Prolactin

## - الأسباب النفسية:

فئة الأسباب النفسية هي الفئة الأكثر تسيباً لحالات العطل في مختلف مراحل العمر وبمختلف أنواع العطل ودرجاته، وتقدر نسبة هذه الأسباب بحوالي ٨٠ إلى ٩٠٪ من جميع حالات العطل الجنسي، وللمصاب بعطل أن يعاني من سبب أو أكثر من هذه الأسباب النفسية في تكوين حالة العطل التي يعانها، وتفسر هذه الوفرة من الأسباب النفسية على أنها دلالة على الإرتباط الوثيق بين حياتنا النفسية وحياتنا الجنسية، وهو الإرتباط القائم منذ ولادة الفرد وحتى نهاية حياته، كما أنه يفسر على أساس أن الحياة الجنسية للفرد تتواءم بصورة وثيقة مع كامل شخصيته، ولها بذلك (أي الحياة الجنسية)، أن تتأثر سلباً أو إيجاباً بخصائص هذه الشخصية، وبعلائق كل فرد مع ذاته ومع الغير في مجتمعه.

لقد قسم الباحثون الأسباب النفسية المؤدية إلى قيام العطل الجنسي إلى فئتين رئيسيتين: أولاهما: فئة الأسباب الآنية، وثانيهما فئة الأسباب المكتسبة بالتعلم، وقد يصعب أحياناً تعيين حدود فاصلة بين الفئتين من الأسباب، وقد تبدو الأسباب الآنية بأنها أسباب طارئة ومستحدثة، بينما هي في الواقع مجرد ترسيب لفعل أسباب سابقة جرى اكتسابها بالتعلم عبر فترة طويلة من الزمن، هذا وهناك فئات نفسية أخرى ستطرق إلى بيانها.

## الأسباب الآنية:

ترد الأسباب النفسية التالية في تسبب العطل الطارئ والآني في ناحية أو أخرى من نواحي الحياة الجنسية للذي تعرض له هذه الأسباب، وهي:

### ١ - حالات القلق:

للقلق كحالة نفسية عامة أن يكون سبباً كافياً لإحداث عطل جنسي ما، وبدون أن يكون القلق مرتبطاً بالحياة الجنسية للفرد، غير أن أكثر حالات القلق تسيباً للعطل الجنسي هو القلق الناجم عن تحوف الفرد من الفشل في عملية الأداء الجنسي، ومن

ذلك قلق الكثيرين من المتزوجين والذين لهم أن يفشلوا في الأيام أو الأسابيع الأولى من حياتهم الزوجية الجنسية، ولفشل الفرد في تجربة جنسية واحدة أو أولى أن ينسحب على تجارب لاحقة، وذلك نتيجة لتوقعه بأنه سيفشل مجدداً، وهكذا دواليك، وإلى أن تنقطع سلسلة الفشل بالنجاح، وللأنثى أن تعاني من عطل الإستثارة الجنسية في بداية علاقتها الجنسية الزوجية وذلك نتيجة لتخوفها من العملية الجنسية، أو من النتائج المترتبة عليها، ولتخوفها من أن يعطل ذلك من استجابتها الجنسية المتعاقبة والتي تبدأ عادة بترطيب الفرج، فإذا لم يحدث ذلك أصبحت العلاقة الجنسية مؤلمة، وتعذر على الأنثى الوصول إلى استجابة الذروة، وللقلق الآني أن يتولد في الفرد نتيجة لتوقعات الشريك الجنسي أو لمطالبته بالدرجة المرضية من الأداء الجنسي، وفشل الفرد في تلبية هذه التوقعات له أن يؤدي إلى تكوين دورة متوالية من الفشل، وما له أن يتولد عن ذلك من معاناة، وخاصة في حالة الذكر الذي يفشل في ملاقاته توقعات شريكته الجنسية.

## ٢ - العقبات أمام المشاعر الجنسية:

ومن رأي الباحثين ماسترز وجونستون أن من أهم هذه العقبات وأكثرها وقوعاً هي ما سميها بحالة (التفرج) والتي عنيا بها حالة الفرد الذي يتصرف في علائقه مع شريكه الجنسي كالتفرج أو الحكم الذي يرصد أداءه الجنسي ويحكم على نوعية أدائه له، وفيما إذا كان ناجحاً أو فاشلاً في هذا الأداء، ومن شأن انشغال الفرد بمثل هذا التقييم لأدائه الجنسي أن يكون عقبة ناهية عن الأداء الجنسي الطبيعي.

## ٣ - الفشل في الإتصال:

والمقصود بالإتصال هو التفاهم بين الشريكين في العملية الجنسية، سواء تم هذا التفاهم بصورة حرفية (كلامية) أو غير حرفية (ضمنية)، ومثل هذا الإتصال هو أمر لازم لكي يكون الشريك الجنسي عالماً بما يتطلبه شريكه من العلاقة الجنسية، فهو إذا فشل في هذه المعرفة فإنه لا يستطيع أن يكون قادراً على إثارة شريكه الجنسي وإحراز التوافق معه في الأداء اللازم للحصول على الذروة بصورة مرضية ومتزامنة بين الشريكين، هذا والملاحظ هو أن انعدام الإتصال المؤدي إلى التفاهم والتناغم بين الشريكين له أن يكون من أهم الأسباب المؤدية إلى العطل الجنسي في أحد الشريكين، أو كلاهما، وهو عطل له أن يعكس من العلاقة الزوجية، أو أن يسبب المعاناة للشريكين، وما لذلك أن يجبر إليه من مشاكل زوجية يستعصي حلها.

#### ٤ - الفشل في فهم العملية الجنسية:

ويتأتى هذا الفشل عادة عن جهل أحد الشريكين، أو كلاهما، في أمر أدوار الإستجابة الجنسية ومواطن الإثارة لهذه الأدوار. وكيفية إثارتها.

#### ٥ - الأفكار السلبية:

وهي مجموعة الإنطباعات التي يحملها الفرد في الشراكة الجنسية عن شريكه الجنسي، والتي تدور عادة حول صفات سلبية يتمتع بها الشريك والتي لها أن تصد عن الرغبة الجنسية، وهذه الصفات تدور عادة حول السمات الجمالية، ومظاهر النقص، الجنسي، وغيرها من الأداء الجنسي، وغيرها من الأفكار.

#### الأسباب المكتسبة بالتعلم:

الفئة الثانية من الأسباب النفسية هي فئة الأسباب الناجمة عن أخطاء سابقة اكتسبها الفرد بالتعلم والتجربة، وذلك في فترة أو أخرى من تطور نموه في سن الطفولة، أو المراهقة، أو الرشد، والتي تصبح بذلك نمطاً ثابتاً في تعامله مع الأمور الجنسية، ومن أبرز التجارب التي للفرد أن يتعلمها أو يتعرض لها في مراحل حياته الأولى والتي له أن يتطبع عليها وبالتالي أن يخضع لتأثيرها المستقبلي في حياته الجنسية هي التجارب التالية:

١ - فشل الفرد في سن مبكر في الحصول على انتصاب قضيبى، وما لذلك أن يثيره من هزة رفاقه به بسبب ذلك.

٢ - العدوان الجنسي من نوع أو آخر على الطفل من أحد والديه أو أقاربه وما لذلك أن يخلفه فيه من صدمة وشعور بالإثم والعار.

٣ - ما يمكن أن يكون الفرد قد تعلمه في نطاق عائلته من أن الجنس هو فعالية قدرة، أو أنه فعالية محرمة إلا لأغراض التكاثر والإنجاب.

٤ - ما يمكن أن يقع على الطفل أو الحدث من عقاب معنوي أو جسدي بسبب نشاط جنسي ما تعرض له أو مارسه، وهي تجربة لها أن تنهي عن أي استجابة جنسية ملذذة يقوم بها في المستقبل.

٥ - تبنى الوالدين لمقاييس ثنائية بشأن الأمور الجنسية والتي يفرضونها على أولادهم ذكوراً أو إناثاً، وهو ما له أن يخلق عندهم من الصراعات حول القضايا

الجنسية مما يصعب حله في المستقبل، وما له أن يعطل من نشاطهم الجنسي في ناحية أو أخرى.

### ج- الصراع بين الشريكين في العلاقة الجنسية:

عدم التوافق الذي يمكن أن يسود حياة الشريكين في العلائق الجنسية له أن يؤدي إلى عطل في الحياة الجنسية لأي منهما، أو كليهما، ذلك أن اضطراب العلاقة بينهما وما لذلك أن يثيره في نفوسهما من غضب أو كراهية لا يمكن أن يتوافق مع علاقة جنسية ممتعة لأي منهما حتى ولو توافرت كافة الإستجابات الجنسية في هذه العلاقة، وعلى العكس، فإن هناك من العلائق الجنسية ما يمكن لأحد الطرفين أن يستغله لإيذاء الشريك الآخر - ذكراً أو أنثى .

### د - الصراعات النفسية:

طبقاً للنظريات النفسية التحليلية والتي بدأها فرويد، فإن الصراعات حول الأمور الجنسية تنشأ في سن الطفولة، وتتمثل هذه الصراعات بمركب أوديبوس (تعلق الفرد بوالده أو والدته من الجنس الآخر)، والتي لها أن تكبت في اللاوعي إذا لم يتم تصريفها وحلها، وللفضول في حل مثل هذا الصراع له في نظر المدرسة التحليلية أن يخلق المشاكل في الحياة الجنسية للمعاني من الصراع.

### هـ - الخوف من العلائق الحميمة:

يعاني بعض الناس ذكوراً أو إناثاً من الدخول في روابط عاطفية وثيقة وحميمة وعميقة، ولعل مصدر ذلك هو خوفهم من الإفضاء للغير بمكونات نفوسهم، أو بسبب عدم وثوقهم في الغير، وخوفهم من الأذى الذي يمكن أن يصيبهم عن طريق التسليم لعلاقة تبدو في الظاهر حميمة غير أن لها أن تكون على غير هذا الحال في الواقع، وقد يكون مثل هذا التخوف ناجماً عن تجارب صادمة في الماضي، مما يدفع الفرد إلى محاذرة العلاقة الجنسية، وفي مثل هذا الواقع النفسي، فإن الفرد يتوقف عن العلاقة الجنسية - حتى الزوجية منها .

### العوامل التي لها أن تساهم في إحداث العطل الجنسي:

فيما يلي العوامل النفسية التي لها أن تساهم في إحداث العطل الجنسي، أو أن تزيد منه إن وجد أصلاً، وهذه العوامل أن تكون أكثر أو أقل تأثيراً بين شخص وآخر

وذلك بفعل مقررات مختلفة، منها ما يتعلق بشخصية الفرد وبتربيته، وبتجاربه الحياتية، وبمعالم حياته النفسية، وبتجاربه الجنسية، وعلاقاته الشخصية، وغيرها من العوامل المقررة.

## ١ - العوامل المهيئة:

هي تلك العوامل التي تجعل الفرد معرضاً لتكوين مشاكل جنسية، وتشمل هذه العوامل ما يلي:

- \* التربية البيئية المتزمتة، بما في ذلك التوجه الناهي والمشوه من جانب الوالدين نحو المواضيع الجنسية.
- \* العلاقات العائلية المضطربة، خاصة بين الوالدين، وانعدام المحبة بينهما.
- \* التجارب الجنسية الصادمة في سن الطفولة بما في ذلك إساءة التصرف الجنسي مع الأطفال، والعلاقات الجنسية المحرمة.
- \* الثقافة الجنسية السيئة - إن وجدت.

## ٢ - العوامل المرسية:

هي العوامل المحدثة التي تؤدي إلى ظهور المشاكل الجنسية وتشمل ما يلي:

- \* الخلل في العلاقات العامة.
- \* الولادة.
- \* الخيانة الزوجية (عدم الإخلاص).
- \* العطل الجنسي في أحد الشريكين.
- \* الإنفعال النفسي بسبب العامل العضوي.
- \* الفشل الجنسي العشوائي.
- \* الكآبة / القلق.
- \* علاقة جنسية صادمة.
- \* تقادم العمر.



### ٣ - العوامل المديمة لحالات العطل الجنسي :

وهي العوامل التي تساعد على إدامة المشاكل الجنسية وتشمل ما يلي :

\* القلق من الأداء الجنسي، والذي يتمثل في شعور الفرد بأنه لا يملك الخبرة الكافية في الأداء الجنسي، وشعور الأنثى بأن عليها أن تصل إلى الذروة لكي ترضي شريكها الجنسي.

\* خوف الذكر من فقدان الإنتصاب.

\* طلبات الشريك الجنسي والتي لها أن تكون أكثر من مقدرة الفرد (ذكراً أو أنثى) على الوفاء بها مما يشعره بالفشل.

\* الإتصال الضعيف بين الشريكين حول حاجات ومخاوف كل واحد منهما في المجال الجنسي.

\* شعور الفرد أو شريكه بالإثم حول علاقة جنسية غير مشروعة أو غير مقبولة من الشريك الجنسي.

\* فقدان الجاذبية بين الشريكين أحدهما نحو الآخر.

\* سوء التفاهم بين الشريكين.

\* الخوف من الحميمية العاطفية بين الطرفين أو عند أحدهما.

\* المعلومات القليلة وغير الكافية حول المواضيع الجنسية، وخاصة كيفية إثارة الشريك الجنسي.

\* المداعبة الجنسية المحدودة قبل الجماع مما لا يمكن الشريك الجنسي (خاصة الأنثى)، من الإستثارة الجنسية.

\* الكآبة والقلق.

### علاج العطل الجنسي :

قبل إقدام المعالج على اختيار وتطبيق تقنيته العلاجية المختارة للعطل الجنسي القائم، فإن عليه أن يقوم بما يلي :

أولاً: القيام بتقييم عام ووافي للمشكلة الجنسية القائمة، ويقتضي ذلك الحصول على البيانات التالية :

\* المشكلة الجنسية : تعيين طبيعتها بدقة والأهداف المتوخاة من العلاج.

\* الخلفية البيئية : وتشمل العلاقة مع الوالدين، وأفراد العائلة، ومواقف الوالدين من الأمور الجنسية، وعلاقة الوالدين الواحد مع الآخر.

\* تاريخ النمو : ويشمل موقف الفرد في حياته وأثناء بلوغه من عملية البلوغ، وبداية وطبيعة التجارب الجنسية الأولى، وإمكانية التعرض لسوء الاستعمال الجنسي من الغير، والممارسات الجنسية، وممارسة الإستماء، وغيرها من التجارب أو المخاوف الجنسية المحرمة.

\* المعلومات الجنسية : ويشمل ذلك مدى ومراجع وطرق هذه المعلومات، ومدى ارتباطها بتجارب جنسية.

\* العلاقة مع الشريك : وتشمل نوعية الشريك، وطبيعة الشراكة، والروابط العاطفية مع الشريك، والتخوف من نتائج الشراكة من حيث المسؤولية وإمكانية الحمل، والإصابة بالأمراض.

\* معلومات أخرى : حول الشخص، وشخصيته، ومزاجه، ومستوى ثقافته، وعمله، وانتمائه الديني.

\* القيام بفحص جسدي وعصبي ونفسي إذا وجدت ضرورة لذلك.

ثانياً: قيام المعالج بتقديم عرض مختصر لطبيعة المشكلة التي يعانيها الفرد أو الشريكين معاً، وتحديد العوامل التي ساهمت في تكوين المشكلة أو ترسيبها، أو إدامتها، أو تعقيدها، ويتم تقديم هذا العرض في بداية العملية العلاجية (في الجلسة الثانية من اللقاء مع المعالج)، وخلال هذه الجلسة يقوم الطبيب بوصف الواجبات البيتية التي يقتضي على الشريكين القيام بها، هذا ويتوجب على المعالج التأكد من أن الشركاء في العملية العلاجية المستقبلية قد فهموا تماماً النقاط الرئيسية الواردة في عرضه المختصر حول طبيعة المشكلة الجنسية والعوامل المساعدة على تكوينها أو ترسيبها أو إدامتها، ويترتب على المعالج أيضاً أن يؤكد أهمية تعاون الشريك الجنسي في الوصول إلى نتائج علاجية إيجابية.

ثالثاً: الواجبات البيتية:

وتهدف هذه الواجبات تحقيق الأهداف التالية:

\* توفير بنية تسمح للشريكين إعادة بناء علاقاتها الجنسية تدريجياً.

\* تساعد الشريكين على التعرف على العوامل التي ساعدت على إدامة مشكلتها الجنسية، ويدخل ضمن هذه العوامل الأفكار والمواقف التي يحملها الشريكان حول المواضيع والعلاقات الجنسية.

\* توفير التقنيات الملائمة للشريكين لتمكنها من مواجهة وتجاوز مشاكل معينة في حياتهما الجنسية.

\* هناك تقنيات عديدة وضعت لهذا الغرض، ولعل أهمها وأكثرها انتشاراً في علاج حالات العطل الجنسي هي التقنية التي وضعها كل من ماستر وجونسون عام ١٩٧٠، وما جرى عليها من تعديلات.

### علاج مشاكل العطل الجنسي:

التقنيات العلاجية لمشاكل العطل الجنسي تختلف طبقاً لدرجة العطل القائم، ومدته الزمنية، وظروف تطبيقه، ومدى تعاون المعاني للعطل في العملية العلاجية، واستعداد شريكة الجنسية للمشاركة في هذه العملية. ويمكن تقسيم طرق العلاج طبقاً لهذه المتغيرات إلى فئتين (أولاً) علاج حالات العطل الحديثة، (ثانياً) علاج حالات العطل طويلة الزمن والمتواصلة لمدة شهور على الأقل.

### المشاكل الجنسية حديثة العهد:

تشاهد معظم هذه الحالات في العيادات الخارجية، وهي على العموم لا تتطلب تطبيق أساليب العلاج الجنسي، ولما كانت معظم هذه الحالات تمثل صعوبة في العلائق التي تربط بين الشريكين، فلعل كل ما تقتضيه مثل هذه الحالات هو الإرشاد والتثقيف للشريكين معاً في علاج زوجي أو شراكي، وهذا العلاج قصير الزمن ويقتصر على بضع جلسات علاجية، ويطبق هذا لعلاج أيضاً على أولئك الذين ليس لهم شركاء جنسيين.

### المشاكل الجنسية طويلة الزمن:

تتصف هذه المشاكل بالإستمرار لمدة لا تقل عن بضعة شهور، وبفشل المعنيين بها على حلها، وتتوافر عوامل جديدة فعالة في تكوينها، منها: التجارب المكروهة في المجال الجنسي، والقلق المرتبط بالأداء، وانخفاض مستوى تقدير النفس، وما للمشكلة

الجنسية أن تحدته من تهديد للعلاقة بين الشريكين ليس في المجال الجنسي فحسب، وإنما في المجال الحياتي أيضاً، ومثل هذه الخصائص لها أن توجه المعالج إلى تطبيق تقنيات العلاج الجنسي، ويستثنى من تطبيق هذه التقنيات أولئك الذين هم:

١ - في حالات تبين وجود علاقات ضعيفة أو سيئة بين الشريكين، وإلى أن تزول هذه العلاقات أو تستبدل بأفضل منها.

٢ - في الذين يعانون من اضطرابات عقلية شديدة، وإلى أن تتم السيطرة على هذه الاضطرابات، ويستثنى من ذلك الاضطرابات البسيطة في مجال الكتابة والقلق، خاصة إذا ما تبين بأن هذه الاضطرابات العقلية البسيطة قد نشأت أصلاً كرد فعل للمشاكل الجنسية.

٣ - في الذين يعانون من التعود والإعتماد على المستحضرات الكحولية أو غيرها من العقاقير والذين لا يلتزمون بالعلاج، إضافة إلى أن تناول أحد الشريكين لها من شأنه أن يخل بالعلائق العامة بينهما.

٤ - في حالات الحمل، ذلك أن فقدان الحامل للكثير من اهتماماتها الجنسية من شأنه أن يقلل من فرص نجاح أي أسلوب يهدف إلى حل المشاكل الجنسية وخاصة تلك التي تتركز على الإهتمامات والميول والاستجابات الجنسية، وينصح بتأجيل العلاج اللازم حتى مرور ٣ - ٦ شهور على الولادة.

٥ - من غير المجدي توفير العلاج الجنسي لفرد أو شريكه إذا لم يتوافر لها الحافز للتغلب على مشكلة أحدهما الجنسية، غير أن هذه القاعدة غير حاسمة، فهناك بعض الأفراد الذين لا يتوافر لديهم الحافز في بداية العلاج، غير أنهم يكتسبون مثل هذا الحافز بعد مرور بضع جلسات علاجية عندما ينقلب موقفهم السلبي إلى موقف حماسي لمتابعة العلاج. (اقرأ الفقرات الخاصة بالعلاج في فصل الحياة الجنسية للأنثى، وفصل الحياة الجنسية للذكر).

### التفريق بين العنة العضوية والعنة الوظيفية (النفسية):

العنة العضوية، كما سبق وأوضحنا في فقرات سابقة هي حالة العطل الجنسي (خاصة الإنتصاب) والتي تتأتى نتيجة لاضطراب عضوي أما مرتبط بأفات مرضية أو بتناول مواد وعاقير لها أن تحدث عطلاً جنسياً، أما العنة الوظيفية، فهي العنة التي لا تظهر مثل هذا الارتباط باضطرابات عضوية. وإنما تتأتى عن عوامل نفسية ظاهرة أو

خفية وتحتاج إلى إيضاح. . والتفريق بين النوعين من العطل قد يكون صعباً في بعض الحالات. وفيما يلي بعض العوامل والطرق المفرقة بين النوعين من العطل:

أولاً: ظهور العطل على أثر الإصابة بحالة عضوية سواءً كانت الحالة مرضية أو مرتبطة بتعاطي المواد والعقاقير فإنها تدل على أن الحالة عضوية في الغالب، خاصة إذا كانت الحالة الجنسية طبيعية ونشطة قبل التعرض، أما إذا كان العطل مرتبطاً باضطراب نفسي أو عقلي، وكان المعاني للعطل في حالة جنسية طبيعية ونشطة قبل ذلك، فإن لذلك أن يؤيد تشخيص العطل بأنه وظيفي (نفسى).

ثانياً: إذا كان العطل الحادث مستديماً وعلى درجة ثابتة تقريباً من العطل، فإنه في الغالب يكون عطلاً عضوياً، أما إذا كان العطل غير مستديم على درجة ثابتة ويظهر تراوحاً واسعاً بين حين وآخر وبين موقف وآخر، فإنه في الغالب يؤثر لقيامه على أساس نفسي.

ثالثاً: هناك تقنيات معينة لها أن تفرق بين النوعين من العنة، وأهم هذه التقنيات وأوسعها استعمالاً هي تقنية قياس توتر القضيب أثناء فترات حركة العينين السريعة (فترات النوم الحالم) أثناء النوم، والمعروف هو أن الذين يعانون من عطل جنسي عضوي لا يحدث عندهم توتر قضيبى أثناء هذه الفترات، على خلاف المصابين بعطل جنسي نفسي والذين يظهرون توتراً خلال هذه الفترات، ومع أن بعض المصابين باضطرابات نفسية لهم أن يظهروا انخفاضاً في التوتر أثناء هذه الفترات الحاملة، كما أن لبعض المعانين لاضطرابات عضوية أن يظهروا بعض التوتر أثناء هذه الفترات، إلا أن هذه التقنية هي طريقة موثوقة وصالحة للتفريق في حدود تقع بين ٩٠ و ٩٥٪ من الحالات.

رابعاً: ومن التقنيات الحديثة الإستعمال:

١ - تقنية قياس ضغط الدم في القضيب باستعمال مقياس فوق الصوت (التراساوند).

٢ - فحص تحمل الكلوكوز في الدم.

٣ - فحوص هرمونية.

٤ - فحوص وظائف الكبد والدرقية، وبرولاكتين.

وفي دراسة ثانية قام بها ناثان (١٩٨٦) Nathan والتي راجع وحلل فيها ٢٦ دراسة استبائية حول انتشار مختلف حالات العطل الجنسي في المجتمع بصورة

عامة، خلص الباحث إلى الإحصائيات التالية حول نسبة وقوع حالات العطل الجنسية المختلفة.

عطل الذروة الجنسية للأنثى	٥ - ٣٠٪ من الإناث
عطل الذروة الجنسية للذكر	٥٪ من الذكور
القذف المبكر (عند الذكور)	٣٥٪
عطل الإنتصاب (عند الذكور)	١٠ - ٢٠٪
اضطراب قلة النشاط للرجبة الجنسية:	
عند الذكور	١ - ١٥٪
عند الإناث	١ - ٣٥٪

وهذه الدراسات تبين بوضوح حجم حالات العطل والاضطراب في الحياة الجنسية، ومع أن هذه البيانات لا تنطبق بالضرورة على جميع المجتمعات، فإن هناك ملاحظات عديدة تشير إلى وفرة حالات العطل الجنسي بأنواعها المختلفة في كلا الجنسين في مختلف المجتمعات بما فيها مجتمعاتنا (والتي ما زال من الصعب الحصول على بيانات دقيقة حولها).

## الفصل الثامن

---

### العوق والجنس

- مقدمة.
- الجنس والعوق النفسي والعقلي.
- الجنس واضطرابات الشخصية.
- الجنس والعقائير.
- الجنس في المتخلفين عقلياً.
- الجنس والعوق الحسي.
- فقدان البصر، الصمم.
- الأمراض الجسمية والجنس:

أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، هؤدت الدورة الدموية في الدماغ، الجهاز التنفسي، الكلى والمجاري البولية، الأمراض السرطانية، الكبد، الإضطرابات الهرمونية، اضطرابات الدم.





## الفصل الثامن :

### العوق والجنس

#### مقدمة :

لما كان الجنس يكوّن جزءاً هاماً ومتكاملاً من الحياة العقلية والنفسية والجسمية لأي فرد وفي أي مرحلة من مراحل حياته، فإن أي ضرر أو عوق في مجالات الحياة العقلية والنفسية والجسمية للفرد له أن يؤثر تأثيراً مناسباً في الحياة الجنسية لمثل هذا الضرر والعوق، ولمثل هذا التأثير بالتالي أن يؤثر في الحياة النفسية والاجتماعية للفرد المعاق وهو ما له أن يعقد كثيراً من المشاكل الجنسية القائمة، وأن يزيد من معاناة صاحبها، وأن يعيق من علاجها.

لقد توجه الإهتمام في الماضي إلى نواحي الإضطراب في الحياة الجنسية للأسوياء فقط، وكان من نتائج ذلك إغفال الالتفات إلى المشاكل والإضطرابات الجنسية التي تعانيها فئة المعاقين في المجتمع والمعانين لمختلف الإعاقات الجسمية والنفسية والعقلية، وقد لا يكون الإغفال للحياة الجنسية للمعاقين إغفالاً متعمداً بقدر ما هو حادث نتيجة لتوجه المعنن إلى الإعاقات الأساسية بصورة خاصة، ويضاف إلى ذلك حساسية المواضيع الجنسية من ناحية، وما يكمن من صعوبة في الحصول على بيانات وافية عن

واقع الحياة الجنسية للمعاقين بصورة عامة.

وفيما يلي بعض أهم حالات العوق التي لها أن تصيب الفرد وأن تؤدي إلى العطل أو الإضطراب في حياته الجنسية.

### الجنس والعوق النفسي والعقلي والعصبي:

أوضحنا في فصول مختلفة من هذا الكتاب مدى العلاقة الوثيقة القائمة بين الجانب الجنسي في حياتنا وبين مختلف أوجه الحياة والنشاط الإنساني في الأحوال الطبيعية، وفي هذا الفصل سنتناول بعض أهم نواحي الارتباط بين حياتنا الجنسية وبين ما قد يطرأ من اضطراب أو عوق على هذه الحياة نتيجة للإصابة بعارض أو حالة من الإضطراب في المجالات النفسية والعقلية والعصبية. وللإضطراب الحادث في العلاقة بين ناحية أو أخرى من أوجه الحياة الجنسية، وبين هذه المجالات من العلاقة أن تنجم عادة عن فعل عامل أو أكثر من العوامل التالية وهي:

أولاً: فعل الطاقة الجنسية على الفرد المعاني لاضطراب أو عوق في المجال النفسي والعقلي أو العصبي.

ثانياً: فعل الإضطراب الحادث في أي من الحالات النفسية أو العقلية أو العصبية على مختلف النشاطات الجنسية.

ثالثاً: فعل العقاقير وغيرها من المستحضرات العلاجية المستعملة في علاج الإضطرابات النفسية والعقلية والعصبية.

إن مما يقتضي التنويه به هو أن نتائج التفاعل الذي يمكن أن يحدث بين أوجه الحياة الجنسية وبين الإضطرابات النفسية أو العقلية أو العصبية لا تتساوى بالضرورة في جميع الناس الذين يعانون من العوق في هذه المجالات، فهناك تباين كبير له أن يظهر بين فرد وآخر من المصابين بحالات العوق المختلفة وذلك نتيجة للفروق القائمة بين الأفراد من حيث مقوماتهم البايولوجية وأنماط شخصيتهم، وأعمارهم، وتجاربهم الحياتية، ومقوماتهم الجسمية والجنسية، وظروف حياتهم، وغيرها من العوامل التي لها أن تكون فعالة ومؤثرة في العلاقة بين الجنس وبين الإصابات المرضية، وفيما يلي نورد بعض أهم الأمثلة عن هذه العلاقة.

### الجنس واضطرابات الشخصية:

تفيد جميع البيانات بمدى الترابط الوثيق بين الحياة الجنسية لكل فرد ذكراً أو

أنثى، وبين شخصيته، وهذا الترابط قائم في الأفراد الطبيعيين وفي الأحوال الطبيعية، وهو كذلك قائم وربما بصورة أكثر وضوحاً وشدة في الحالات غير الطبيعية من اضطراب الشخصية، ويعود هذا الترابط في الحالات الطبيعية وفي حالات اضطراب الشخصية إلى واقع التفاعل الوثيق بين المقررات الجنسية في عمليات النمو وبين العوامل المقررة لنمو وتطور الشخصية في أدوارها المختلفة، وتتضح أهمية هذا التفاعل بما جاء به فرويد في اصطلاحه على أدوار النمو في الطفولة بأنها (جنسية نفسية)، وقد تطور مفهوم هذا المصطلح في السنوات الأخيرة ليعني التفاعل بين الحياة الجنسية للفرد (والتي تعتمد على ثلاثة عوامل مترابطة هي: الهوية الجنسية وهوية الجنس البيولوجية والسلوك الجنسي)، وبين شخصيته من حيث نموها وتطورها وأداءها، وطبقاً لهذا المفهوم للمصطلح فإن للحياة الجنسية للفرد أن تؤثر في تكوين وبناء وأداء شخصية الفرد، ومثل ذلك فإن لشخصية الفرد أن تؤثر في تكوين وتطوير حياته الجنسية. وفيما يلي أهم اضطرابات الشخصية التي لها أن ترتبط باضطراب الحياة الجنسية لأصحابها.

#### ١ - الشخصية الإنطوائية الشديدة (الشخصية الشيزية = الفصامية):

أهم خصائص هذه الشخصية هي: الإنزواء، والترفع، والابتعاد عن التعامل الحياتي والإجتماعي اليومي، والهدوء، وفقدان مظاهر التحرك العاطفي. ومن أهم مظاهر الحياة الجنسية هي أن الذي يتصف بهذه الشخصية يعيش حياته الجنسية بالخيال، فالذكر لا يتزوج عادة بسبب عدم قدرته على إقامة علائق حميمة، أما الإناث فإنهن لا يمانعن في الزواج مع عدم قدرتهن على إقامة مثل هذه العلائق.

#### ٢ - الشخصية الهستيرية:

خصائص هذه الشخصية هي على نقيض خصائص الشخصية الإنطوائية (الشيزية)، فصاحبها انبساطي المزاج والتعامل، وهو سهل الإستشارة، وعاطفي، ودرامتيكي، غير أن الفرد يجمع إلى هذه الخصائص سمات أخرى من عدم النضوج العاطفي وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، والتواكلية، وهي سمات تحول دون تمكنه من إقامة علائق دائمية وذات عمق، أما حياتهم الجنسية فإنها تتسم بالسطحية وسرعة التحول، كما أنها مليئة بالآمال الخيالية، وهم يعانون عادة من العطل في أدائهم الجنسي في ناحية وأخرى، فالأنثى لا تحصل على الذروة عادة، أما الذكر فله أن يكون معانياً للجنة.

### ٣ - الشخصية النرجسية:

وأهم سمات هذه الشخصية هي مشاعر صاحبها بالعظمة والأهمية الذاتية، وبأنه فرد فريد وحرى بالتقدير والتميز على الغير، وبالنظر لهذه المشاعر فإن النرجسي يفشل في إقامة علاقات من التعاطف بينه وبين الغير من الجنسين، وهو ما يحول بينه وبين إقامة علاقات جنسية مجدية ومرضية ودائمة مع غيره، ولهذا الفشل أن يدفع به إلى ممارسة بعض الانحرافات الجنسية مثل الإستمناء والعلاقة الجنسية المثلية.

### ٤ - الشخصية المضادة للمجتمع (السايكوباتية):

أهم معالم هذه الشخصية هي: نمط من السلوك يتسم بمسالك غير مسؤولة ومنافية للمجتمع تظهر قبل بلوغ الفرد سن الخامسة عشرة، ومن هذه المسالك:

- ١ - عدم المقدرة على المحافظة على نمط مستقر من العمل أو الدراسة.
- ٢ - العطالة عن العمل لمدة ستة شهور أو أطول مع توافر فرص العمل.
- ٣ - التغيب المتكرر بدون عذر مقبول.

٤ - الفشل في التوافق مع النوااميس الإجتماعية وذلك بقيامه بمسالك مضادة للمجتمع ومخالفة القانون، أما في المجال الجنسي فإن صاحب الشخصية السايكوباتية يعاني من عدة مظاهر من الإضطراب الجنسي، فهو يمارس المسالك الجنسية بشبق وإلحاح وفي سن مبكرة، كما أن يسيء التعامل الجنسي مع زوجته أو شريكته الجنسية، ويمارس العدوان الجنسي مع الأطفال إذا أمكن ذلك، وله أن يقوم بعدوان جنسي عنيف على الغير، سواء تم ذلك بالإغتصاب أو بدونه.

### ٥ - الشخصية المتجنبة:

يعاني صاحب هذه الشخصية من حساسية مفرطة للرفض، وهو بسبب ذلك يتجنب المواقف الإجتماعية التي تعرضه لمثل هذه الأحاسيس، ويظل بذلك خجلاً منعزلاً ومتفادياً للتواصل الإجتماعي، ولهذا الخصائص أن تنسحب على حياته الجنسية. وهو لذلك يتجنب المبادرة إلى إقامة علاقات عاطفية أو جنسية مع الجنس الآخر، وهو يعرض عن ذلك إما بممارسات جنسية شاذة كالإستمناء أو بالعلاقات الجنسية الطفولية.

### ٦ - الشخصية المتواكلة:

أصحاب هذه الشخصية يتسمون بالخضوع لمشيئة الآخرين ويتواكلون عليهم، وهم

عاجزون عن اتخاذ القرارات بأنفسهم حتى في الشؤون الخاصة بهم، وهم يعيشون حياتهم وهم في خوف وقلق من أن يصبحوا وحيدين، وفي حياتهم الجنسية فإنهم في خشية دائمة من أن يعبروا عن مشاعرهم الجنسية، وهو ما يدفعهم إلى قبول ما لا يقبل في علاقتهم مع شركائهم جنسياً.

#### ٧ - الشخصية السادية - المازوخية:

لصاحب هذه الشخصية أن يكون سادياً أو مازوخياً، أو الحالتين معاً، فالسادي هو الفرد الذي يتمتع بالرغبة في إيقاع الألم على غيره، إما عن طريق إساءة التعامل الجنسي والنفسي أو الجسدي معهم، ويقترن إيقاع الألم عادة بالشعور بالمتعة واللذة الجنسية، وقد يعتمد الحصول على هذه المتعة كلياً على إيقاع الألم على الشريك الجنسي، أما المازوخي فهو على عكس ذلك، يجد اللذة الجنسية في ما يقع عليه من إيلاام من شريكه الجنسي، أما السادي المازوخي فإن خصائص الحالتين تتواجد فيه وبدرجات متفاوتة من المشاركة.

#### ٨ - الشخصية الإنهزامية:

صاحب هذا النمط من الشخصية يتسم بتجنب تلك المواقف التي من شأنها أن تعطيه تجارب ممتعة، وهو بدلاً من ذلك يندفع نحو المواقف والعلاقات التي من شأنها أن توفر له إمكانية الشعور بالمعاناة، وهو لذلك يختار من الناس ومن المواقف ما يضمن له الفشل، وهو في الوقت نفسه يرفض أي محاولة لإعاناته، وحتى تلك المناسبات الحياتية التي تحقق له النجاح، فإنها تبعث في نفسه الإكتئاب وشعور الإثم، وفي حياته الجنسية، فإنه لا يحصل على أي متعة جنسية بسبب إذلاله، وهو عادة لا ينجذب جنسياً إلى شريك جنسي يبدي نحوه الرعاية والاهتمام.

#### ٩ - تعدد الشخصية:

في هذا النوع من اضطراب الشخصية، يظهر الفرد بأنه يتمتع بشخصيتين (ازدواج الشخصية)، أو أكثر تكون الواحدة أو الأخرى مستقلة وواضحة المعالم، وذات خصائص ومسالك مميزة في تلك الفترة الزمنية التي تكون فيها الشخصية الواحدة أو الأخرى هي الشخصية المسيطرة، وبانحسار معالم الشخصية الإضافية والمسيطرة فإن شخصية الفرد الأساسية لا تتذكر شيئاً عما كانت عليه شخصيته الجديدة، أو ما قامت به من مسالك، وأكثر ما تحدث هذه الحالات من تعدد الشخصية هو في الأشخاص

الذين يتمتعون بشخصيات هستيرية، وهم عادة من الإناث اللواتي يسهل إحداث تصدع الوعي عندهن، وتفيد البحوث بأن معظم هذه الحالات تقع في إناث تعرضن لإساءة التعامل معهن جنسياً إما في طفولتهن أو في وقت لاحق (في ٨٠٪) أو الإصابة بالصرع (في حوالي ٢٠٪ من الحالات)، أما الحياة الجنسية للفرد الذي يعاني من هذا الإزدواج أو التعدد في الشخصية، فلشخصية منها أن تتصف بالإنسباط والإقبال على الجنس، بينما للشخصية الأخرى أن تكون منطوية ومعانية من النهي عن الرغبة الجنسية.

### ١٠ - الشخصية العضوية:

هذا النوع من اضطراب الشخصية يتأتى عن فعل عوامل عضوية تصيب الدماغ والتي تحدث شخصية متغيرة في خصائص عديدة عن تلك التي تمتع بها الفرد قبل تعرضه للإصابة العضوية، أو أن الخصائص الجديدة تظهر على صورة تضخيم صارخ للخصائص السابقة التي تحل بها الفرد، ومن أهم خصائص هذه الشخصية هي ما يعانيه المصاب من عطل في القدرة على السيطرة على انفعالاته وسلوكه، وما قد يعانيه من اندفاعية وعنف في السلوك، وخاصة إذا اقترنت إصابته بتناول الكحول، وفي النواحي الجنسية، فإن المصاب يعاني من مسالك جنسية اندفاعية وغير لائقة كمحاولات الإغتصاب والعنف الجنسي، والإستعراضية الجنسية، والتعدي الجنسي على الأطفال، وجميع هذه المسالك تعرض المصاب للمحاسبة القانونية.

### الجنس والاضطرابات النفسية:

الرابطة الوثيقة بين حياتنا الجنسية وحياتنا النفسية تأتي من جانبي العلاقة، فحياتنا النفسية بكامل عناصرها من رغبة واستشارة واستجابة وأداء ورضى تؤثر في حياتنا النفسية بكامل عناصرها من تكامل وتوازن وفعالية، ومن الجانب الآخر، فإن لمقومات وحوادث حياتنا النفسية أن تؤثر سلباً أو إيجاباً في جميع أوجه حياتنا الجنسية من دوافع واستجابات وأداء، ولعل إدراك هذا الواقع هو الذي أدى في البداية إلى الجمع بين الجنس والنفس في مصطلح واحد: الجنسي النفسي، واعتبار هذا الجمع حجر الأساس في نمو وتطور حياتنا النفسية والجنسية، والأخذ بهذا المفهوم للعلاقة بين هذين الجانبين من حياتنا لا يتوقف عند حدود ما هو طبيعي في كل من المجال الجنسي أو المجال النفسي، وإنما ينسحب أيضاً، وربما بصورة أكثر وثوقاً، على ما هو غير طبيعي في المجالين، ذلك أن حياتنا الجنسية المضطربة لسبب ما لها أن تؤثر في مجرى حياتنا

النفسية وتؤدي إلى اضطرابها، وبالمثل فإن حياتنا النفسية المضطربة أن تؤثر سلباً في حياتنا الجنسية وأن تدفع بها إلى حالة الإضطراب والعطل أيضاً.

لقد أثار هذا الربط الوثيق بين الجنس والنفس اعتراض وحفيظة الكثيرين ممن رأوا فيه تأكيداً مبالغاً فيه حول محل الجنس في الحياة، غير أن الأبحاث العديدة والمستفيضة في المجالات النفسية والمجالات العلمية العصبية والهرمونية قد عززت النظريات الأولى حول الإرتباط الوثيق بين هاتين الناحيتين من الحياة، وللتوصل إلى هذا الإستنتاج على أسس علمية هو أمر بديهي ومتوقع بالنظر لاعتماد الحياة الإنسانية واستمراريتها على توافر عناصر حياتنا الجنسية واستمراريتها. وفيما يلي سنبين باختصار فعل حالات الإضطراب المختلفة في حياتنا النفسية وتأثيرها على حياتنا الجنسية من ناحية أو أخرى.

### اضطراب القلق والجنس:

افترض فرويد في إحدى مقالاته الأخيرة المعنونة (النواهي، والإعراض، والقلق)، بأن القلق ما هو إلا إشارة (للأنا = الذات)، وبأن دافعاً ما غير مقبول يضغط لكي يصبح قائماً في الوعي ومطلقاً، وكان من رأي فرويد بأن هذا الدافع غير المقبول ما هو إلا الدافع الجنسي الطفولي، والذي يمثل حاجات الطفل الجنسية والتي لا قبل له على السيطرة الإرادية عليها، ولا بد له لذلك من كبتها في اللاوعي مع احتمالات تحويل طاقتها إلى مجالات عديدة بما فيها مجال الأعراض المرضية النفسية، وقد توالت بعد فرويد نظريات مختلفة لتفسير اضطرابات القلق، ومن هذه النظرية السلوكية، والنظرية البايولوجية، والنظرية الوجودية، والنظريات العصبية المختلفة (الجهاز الأتونومي، ونظام الناقلات العصبية، والنظام الهرموني العصبي)، ومهما كانت هذه النظريات فإنها تلتقي في نهاية واحدة، وهي أن الإضطراب في حياتنا النفسية يؤدي بالضرورة إلى اضطراب ما في حياتنا الجنسية في ناحية منها أو أخرى.

إن أعراض العطل المحتمل ظهورها في الحياة الجنسية نتيجة لاضطرابات القلق عديدة، ولل فرد أن يعاني من واحد أو أكثر منها في آن واحد، أو عبر معاناته، ويعتمد ظهور وعدد وتنوع وشدة وأزمان هذه الأعراض على شخصية المصاب وعلى عمره، وعلى مسيرته الحياتية، ومسببات ما يعانيه من القلق، وعلى وضعه الحياتي الراهن، وما يتوافر له من طرق ووسائل لاحتواء قلقه أو تبيده. ومن تأثيرات اضطراب القلق على الحياة الجنسية ما يلي:

## ١ - اضطراب الرغبة الجنسية:

والذي يظهر في الفرد على صورة نقص أو غياب الخيالات الجنسية التي يداعبها عادة قبل استشارة رغبته الجنسية، وتفيد البيئات بأن هذا العطل في الرغبة الجنسية يمثل نسبة كبيرة من حالات العطل الجنسي، وخاصة في الإناث: (٣٥٪) من الإناث المتزوجات أفدن بأنهن لا يتمتعن بأي رغبة جنسية مقابل ١٥٪ من الذكور.

## ٢ - اضطراب الأعراض (أو النفور) من الجنس:

والذي يتمثل بتجنب الفرد ونفوره من التماس الجنسي مع شريك جنسي.

وقد تناول الباحثون موضوع اضطراب الرغبة واضطراب النفور الجنسي بالبحث في محاولات للوقوع على أسباب هذين الإضطرابين، ومن الآراء السببية الواردة بهذا الصدد هي:

\* مخاوف الفرد من الدوافع لممارسة العلاقات الجنسية المثلية.

\* نتيجة لفعل عملية التهي الجنسي أثناء الدور القضيب في مراحل النمو الجنسي النفسي، أو نتيجة لفشل الفرد في حل العقدة الأوديوية بصورة ناجحة (فرويد).

\* تخوف الذكر (غير الواعي) من أن فرج الأنثى يحتوي أسناناً لها أن تقضم قضيبه أثناء العلاقة الجنسية.

\* معاناة الفرد لحالات الإجهاد، والقلق الحياتي، والإكتئاب.

\* نتيجة لفعل بعض العقاقير ذات الفعل المثبط للرغبة الجنسية.

\* نتيجة التوقف أو الإمتناع لمدة طويلة عن العلاقات الجنسية.

\* التخوف من النتائج المترتبة على العلاقات الجنسية المشروعة منها وغير المشروعة.

\* كتعبير عن مشاعر العدوانية، أو كتعبير عن تدهور العلاقات العاطفية بين الشريكين في العلاقة الجنسية. ومع ما هو واضح من تعدد أسباب العطل في الرغبة الجنسية والنفور من التماس الجنسي، إلا أن اضطراب الحياة النفسية، خاصة اضطراب القلق، يمثل الجزء الأكبر من الأسباب المؤدية إلى هذا العطل سواء كان العطل أولياً وابتداءً مع بداية النشاط الجنسي، أو عطلاً ثانوياً طرأ في حياة الفرد على أثر معاناته لحالة أو أخرى من اضطرابات القلق.



### ٣ - اضطرابات الإستجابة الجنسية:

لاضطراب القلق أن يؤثر سلباً في أي دور من أدوار الإستجابة الجنسية لكل من الذكر والأنثى .

في الأنثى: للأنثى أن تعاني من فشل جزئي أو كامل في استجاباتها الجنسية نتيجة لما تعانيه من حالات القلق، ويشمل ذلك دور الإستجابة المتمثل بالإفرازات المرطبة للفرج، وينسحب على بقية العملية الجنسية بما في ذلك الإحساس بالذروة والشعور بالمتعة من العلاقة الجنسية، وقد أفادت إحدى الدراسات بأن ٣٣٪ من الإناث المتزوجات يعانين من عطل ما في استجاباتهن الجنسية، كما أفادت دراسات أخرى بتوافر عوامل نفسية متعددة مرتبطة بهذا العطل، ومرد ذلك ما تعانيه الأنثى من صراعات نفسية يعبر عنها بالنهي عن الإستارة الجنسية والذروة الجنسية.

في الذكور: يتركز معظم العطل الجنسي في الذكور في مجال الإنتصاب القضيبي، غير أنه له أن يشمل أيضاً الإستجابات الجنسية الأخرى كالقذف والذروة ومشاعر المتعة الجنسية، وبالنظر لوفرة الأعراض في اضطرابات القلب النفسي من شعورية، كالخوف والقلق والهلع والفرع ومشاعر الإكتئاب، ومن جسمية، كالحفقان وعسر الهضم وعسر التنفس وتكرار التبول والإسهال وغيرها من الأعراض، فإن هذه الأعراض ترتبط بعطل ما في السلوك العائلي والإجتماعي للفرد، وفي سلوكه الجنسي، ولعاني هذه الحالات العصابية أن يصبح معانياً للعتة الجنسية في مواقف العلاقات الجنسية.

### الإضطرابات العقلية والجنسي:

للحياة الجنسية للفرد أن تضطرب مع اضطراب حياته العقلية، ويتفاوت هذا الإضطراب تبعاً لنوعية الإضطراب العقلي ودرجة شدته وحدته، إضافة إلى فعل الخصائص الشخصية للفرد المصاب وأسباب إصابته، كما أن لاضطراب الحياة الجنسية أن يتأثر بفعل الوسيلة العلاجية، وخاصة العقاقيرية، التي يتناولها المريض وفيما يلي أهم معالم الإضطراب الجنسي في الحالات المرضية العقلية الهامة:

### في مرض الشيزوفرينيا:

لمريض الشيزوفرينيا أن يعاني من حالة الجمود العاطفي وعدم الإهتمام أو الإستجابة لما يجري حوله، أو على العكس فإن له أن يكون مفرط النشاط، وفي حالة فيض من العاطفة غير المناسبة وغير اللائقة، وله أن يتراوح بين الحالتين بين حين

وآخر، ونتيجة لذلك فإن المريض الشيزوفريني قد يظهر إعراضاً عن العلائق الجنسية، كما أن له في حالة فرط نشاطه أن يمارس الجنس بإلحاح وبدون مراعاة لشريكه الجنسي، وللأوهام والهلاوس التي يعانيتها المريض الشيزوفريني، أن تكون ذات تأثير على ممارساته الجنسية، كما أن للعقاير التي يتناولها أن تحدث مثل هذا التأثير أيضاً، ونتيجة للنقص في الدوافع الجنسية فإن نسبة الزواج قليلة بين المرضى بالشيزوفرينيا، كما أن نسبة الإنجاب قليلة أيضاً بسبب التحديد الكبير في النشاط الجنسي.

### في الحالات المرضية العقلية المزاجية:

#### في اضطراب الكتابة:

فعل الإصابة بمرض الكتابة على الجنس يتمثل في إنقاص الدافع الجنسي، وفي تثبيط عمليات الأداء الجنسي، وللمريض الكتيب أن يعاني من عدم الاهتمام بالأمر الجنسية، ومن العنة في الذكور، والبرودة الجنسية في الإناث، ولدرجة ما من هذه الأعراض أن تكون من أول الأعراض التي يعانيتها المريض في بداية مرضه وقبل انفتاح أعراض الكتابة الأخرى، ولظاهر عودة الرغبة الجنسية أن تكون من أول بوادر انحسار حالة الكتابة، هذا وهناك بعض المصابين بالكتابة والذي يظهرون إلحاحاً شديداً في علاقاتهم الجنسية وهو إلحاح يفسر على أوجه مختلفة.

#### في اضطراب المانيا (الهوس):

الإصابة باضطراب المانيا (الهوس) يؤدي عادة إلى زيادة الدافع والنشاط الجنسي، وأن يزيد من متعة المريض نتيجة لذلك، والمعروف هو أن هذا هو المرض العقلي الوحيد الذي يحدث فيه مثل هذا التأثير الإيجابي، غير أن إمعان المريض في ممارساته الجنسية له أن يرهق شريكه الجنسي، وأن يؤدي إلى ظهور المشاكل في العلاقة بينهما، كما أن للمريض أن يتجه إلى ممارسات جنسية منحرفة أو غير مشروعة كالإغتصاب مثلاً.

#### في اضطرابات الخوف:

نتيجة لما يسببه الخوف من نقص في البصيرة وعجز في السيطرة على دوافعه الجنسية، فإن للمصاب بالخوف أن يقوم بممارسات جنسية منحرفة، ومسالك غير محتشمة، وهو ما له أن يسبب الكثير من الإحراج العائلي والإجتماعي، وأحياناً إلى تعريض المصاب للمسؤولية القضائية.

## فعل العقاقير:

لا تتساوى جميع أصناف العقاقير في فعلها على الحياة الجنسية لتناولها، ويعتمد التأثير على خصائص الفئة الدوائية، وعلى مقادير تناول ومدى فعلها الأدماني. وفيما يلي التأثيرات المحتملة لطائفة من العقاقير على الحياة الجنسية.

### العقاقير المسكنة:

لجميع العقاقير المسكنة، خاصة إذا استعملت بمقادير مفرطة، أن تؤدي إلى انقاص في الإهتمامات والرغبة الجنسية، والدافع الجنسي. غير أن لتناول مقادير صغيرة من المركبات المسكنة أن تكون ذات فائدة إذا ما كان الفرد المعاني للجنة يعاني أيضاً من القلق، وخاصة إذا تم تناولها في بداية العلاقة الجنسية.

### العقاقير المعقلة:

لها أن تحدث العنة في الذكور، وأن تؤخر في استجابة القذف المنوي، أو تمنع القذف كلياً، ولها في الأنثى أن تنقص من الإستجابات الفيزيولوجية الجنسية بما في ذلك عطل ترطيب الفرج بالإفرازات اللازمة، والحصول على الذروة والمتعة، والمعروف أن هذه التأثيرات الجنسية تزول عادة في حالة حدوث التحمل لها، أو خلال أيام أو أسابيع من التوقف عن تناولها.

### العقاقير المضادة للكآبة:

للعقاقير المضادة لمرضى الكآبة (خاصة الحلقيه منها أو الناهية لمونامين اوكسدينز) أن تحدث تأثيراً مثبتاً على النشاط الجنسي، غير أن للفعل العلاجي لمضادات الكآبة أن يؤدي إلى تحسين في الإهتمامات والدوافع الجنسية ومن الأداء الجنسي، وذلك في فترة انحسار الكآبة.

### العقاقير المهدئة:

فعل العقاقير المهدئة هو على العموم فعل مثبت للجهاز العصبي، وله بذلك أن ينهي عن الإهتمامات والدوافع والنشاط الجنسي، غير أن للمهدئات بمقادير قليلة أن تزيد في النشاط الجنسي إذا ما كان المريض معانياً للقلق وما قد يصاحب ذلك من نواهي جنسية.

## عقاقير أخرى:

لبعض العقاقير أن تحدث نهباً أو تشبيطاً للدافع الجنسي، ولهذه الخاصية أن تؤهلها للإستعمال في حالات الشبق الجنسي، أو المسالك الجنسية المنحرفة خاصة تلك التي تقع تحت طائلة القانون، كالإغتصاب والعنف الجنسي، ومن هذه العقاقير:

١ - مركب Cyproterone acetate.

٢ - مركب butyrophenon (benperidol).

٣ - ولركب Thiazine أن يؤدي إلى إحداث العنة في متناوله.

(اقرأ الفصل الخاص بالعقاقير والجنس)

## الجنس والمتخلفين عقلياً:

يعاني المعنويون بشؤون رعاية المتخلفين عقلياً من الكثير من الجهل وقصور المعرفة بنواحي الحياة الجنسية للمتخلفين، وهناك منهم من يفترض بأن المتخلفين عقلياً يجهلون تماماً الأمور الجنسية، ومنهم من يحمل الاعتقاد بأن المتخلفين عقلياً لا يملكون الدوافع الجنسية، بينما آخرون فإنهم يتبنون الرأي بأن المتخلف عقلياً يتمتع بدوافع جنسية جاحمة ومسيطر في حياته، ولعل الخطأ في هذه الإستنتاجات المتباينة مرده أنها تصدر نتيجة للملاحظات التي تتم على فئة صغيرة ومحددة من المتخلفين عقلياً والذين يقيمون في مؤسسات رعاية المتخلفين والذين يعانون عادة من اضطرابات عضوية في الدماغ، مما له أن يؤثر بصورة جذرية على حياتهم الجنسية، غير أن الدراسات التي تمت على المتخلفين عقلياً في خارج هذه المؤسسات قد أعطت بيانات أكثر موضوعية ودقة عن الحياة الجنسية للمتخلفين عقلياً، ومن جملة هذه الدراسات الدراسة التي قام بها جبهادر Gebhard على مجموعة من ٨٨ متخلف عقلي يتراوح معامل الذكاء عندهم بين ٧٠ و ٤٠، وقد أفادت الدراسة بالنتائج التالية بعد مقارنتها بعينات مماثلة من غير المتخلفين:

١ - نسبة أقل من المتخلفين (٤٠٪) قامت بنشاط جنسي طبيعي سابق للبلوغ بالمقارنة مع الأسوياء (٥٢٪).

٢ - نسبة أكبر من المتخلفين عقلياً قاموا بنشاط جنسي مثلي قبل البلوغ (٥٠٪) بالمقارنة مع (٤١٪) من أمثالهم من الأسوياء.

٣ - نصف المتخلفين عقلياً قاموا بممارسة الإستمناء في فترة ما قبل البلوغ

بالمقارنة مع ثلث فئة الأسوياء .

٤ - تساوت نسبة ممارسة الإستمناء في كل من المتخلفين عقلياً والأسوياء في المراحل التالية لسن البلوغ، غير أن تكرار الممارسة قد قل بعد ذلك بصورة متتالية في كل مرحلة من مراحل العمر .

٥ - أفادات الدراسة بأن الخيالات الجنسية والأحلام الجنسية المثلية قد ظهرت بنسبة أكبر في المتخلفين عقلياً (٥٧٪) بالمقارنة مع ظهورها في نظائرهم من الأسوياء (٣٤٪) .

### الإستمناء في المتخلفين :

يوفر الإستمناء المخرج الأكثر توافراً والأسلم نتائجاً لتصريف الطاقة الجنسية للمتخلف عقلياً، وعلى ذلك فإن لا ضرورة للتخوف والقلق من نتائج هذه الممارسة، وكل ما يلزم هو محاولة حصر هذه الممارسة في خلوة خاصة لا تعرضها على الغير، واعتبارها ممارسة ضرورية لضمان قدر أكبر من الراحة العقلية للمتخلف، ذلك أن أي محاولة لكبت هذه الممارسة بالمنع أو العقاب له أن يجعل منها عادة قسرية وعقابية ومؤذية للمتخلف، ولها بالتالي أن تظهر على صورة اضطرابات سلوكية لها أن تكون خطيرة كالعنف والإغتصاب والإجرام .

### الجنس وإصابات النخاع الشوكي :

إصابات النخاع الشوكي بما في ذلك الأعصاب المحيطة الذيلية (الأعصاب في ذيل النخاع الشوكي)، هي أهم وأخطر ما يمكن أن يصيب الحياة الجنسية للمصابين بهذه الآفات، ومع كثرة البيانات عن التأثير الآتي وقصير المدى لمثل هذه الإصابات على الإستجابات الجنسية، إلا أنه ما زال من الصعب التكهن بالنتائج بعيدة المدى على الحياة الجنسية للمصابين بهذه الآفات، ومع إدراك هذه الصعوبة إلا أنه تتوافر بعض النتائج التي يمكن الإستناد عليها في إعطاء تشوف تقريبي لحالات الإصابة للنخاع الشوكي وأعصابه الذيلية وتأثيرها بعيد المدى على الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى وكما يلي :-

أولاً: على أثر الإصابة الحادة للنخاع الشوكي يظل النخاع في حالة صدمة، مما يؤدي إلى كبت الأرجاع الصادرة عن النخاع الشوكي دون مستوى الإصابة، ولهذا الواقع أن يتواصل لعدة أسابيع يتوقف خلالها أي نشاط جنسي، وتعود بعدها الأرجاع العصبية تدريجياً .

ثانياً: لا يمكن التنبؤ بمصير الحالة الجنسية للفرد مستقبلاً خلال هذه الفترة الحادة من الصدمة للنخاع الشوكي، غير أن استمرار العطل العصبي الناجم عن صدمة الشدة لمدة ستة أشهر أو أطول بعد الصدمة له أن يؤثر إلى حدوث عطل دائم في الحياة الجنسية.

ثالثاً: يعتمد تأثير صدمة الشدة للنخاع الشوكي على النواحي الجنسية على العوامل المقررة التالية: -

- ١ - على المستوى من امتداد النخاع الشوكي الذي وقع عليه الضرر.
  - ٢ - على في-١ ما كانت الإصابة للنخاع الشوكي إصابة كاملة أو جزئية.
  - ٣ - على إذا ما كانت الإصابة على حزم الأعصاب النازلة من الدماغ إلى النخاع الشوكي، أو تلك الحزم العصبية الخارجة من النخاع الشوكي إلى الأطراف.
- واستناداً إلى هذه المقررات فقد أفادت البحوث بالنتائج التالية: -

أولاً: ثلاثة أرباع أولئك الذين يصابون بأفة عضوية في النخاع الشوكي فوق مستوس (T<sub>12</sub>) (نهاية النخاع الشوكي تقريباً) يظلون قادرين على الحصول على الإنتصاب القضيبى بالمقارنة مع نصف أولئك الذين يصابون بأفة عضوية في النخاع الشوكي دون ذلك المستوى، والذين تظل عندهم المقدرة على الإنتصاب.

ثانياً: المصابون بأفة عضوية كاملة في المسارات العصبية الحركية العليا تظل عندهم مقدرة أكبر على الإنتصاب من أولئك الذين يصابون بأفات عضوية كاملة في المسارات العصبية الحركية السفلى، غير أنهم (أي المصابون بأفات عضوية كاملة في المسارات العصبية الحركية العليا) يحصلون على ذروة أقل، وعلى قذف أقل من أولئك الذين يصابون بأفات في المسارات العصبية الحركية السفلى.

ثالثاً: يمكن القول بصورة عامة بأن ما بين ١٥ إلى ٢٥٪ من المصابين بأفات عضوية في النخاع الشوكي يظلون قادرين على الأداء الجنسي، غير أن تكرار الأداء يقل بصورة كبيرة عما كان عليه قبل إصابتهم بهذه الآفات (بما في ذلك آفات الشدة)، أما المقدرة على القذف المنوي فإنها تنعدم بنسبة ٩٠٪ من المصابين.

رابعاً: الأنثى المصابة بأفة عضوية في النخاع الشوكي ولأي سبب كان تفقد الذروة عادة، غير أنها تظل أكثر استعداداً من الذكر المصاب على المشاركة بالعملية الجنسية.

## الجنس وعطل الإحساس في الأعضاء التناسلية:

لما كان الإحساس في الأعضاء الجنسية هو نقطة الابتداء في عمليات الإثارة الجنسية، فإن نقص أو انعدام هذا الإحساس له أن يعطل من عملية الإثارة والإستجابة الجنسية، ومن أهم نواحي العطل البطيء في الإستشارة الجنسية، وهما الإنتصاب، والعطل في الذروة، ولهذا العطل أن يتعدّد فوق ذلك نتيجة لما يساور الفرد من الإعتقاد بأن عطله الجنسي ناجم عن فقدانه للعاطفة الدافعة والمحركة للرغبة الجنسية، ومثل هذا النقص في إحساس المناطق الجنسية أن يحدث في حالات الآفات العضوية التي تصيب النخاع الشوكي والأعصاب المحيطة القطنية والعصصية، أو نتيجة للإصابة بالسكري، ومرض التصلب المتشر، أو الإصابات المرضية الإستقلابية المؤثرة في الأعصاب المحيطة.

## الجنس وفقدان البصر:

لما كان البصر هو أحد أهم العوامل الفعالة التي تربط الفرد مع شريكه الجنسي وتجذب الواحد منها نحو الآخر جنسياً واجتماعياً، فإن للضرر الحادث في هذه الناحية الهامة أن ينعكس بصورة بينة على الحياة الجنسية للضرير وإلى حد ما على شريكه الجنسي، ويتفاوت هذا التأثير تبعاً إلى الفترة الحياتية التي بدأ فيها فقدان البصر بعد الولادة، أو أثناء فترات النمو، كما أن التأثير يتفاوت تبعاً لمدى توافر علل عضوية تواجدت مع الفرد عند الولادة، أو في مراحل النمو. ويمكن القول بصورة عامة بأن فقدان البصر سواء كان ولادياً أو مكتسباً يرتبط في معظم فاقدي البصر بمشاكل جنسية، ومع أن هذه الناحية من حياة فاقدي البصر لم تنل القدر الكافي من البحث والتقييم، إلا أن ما يتوافر من بيانات عن هذا الموضوع في الوقت الحاضر يشير إلى ما يلي:

\* ينظر إلى الضوء بأنه يؤثر في الغدة الصنوبرية (Pineal gland) في الدماغ، وبأنه تأثير ضروري لعملية التكاثر، وهكذا فإن فقدان البصر يضر بهذه العملية، ويتضح ذلك من أن الفتاة العمياء تحصل على حيضها الأول في وقت أبكر من الفتاة البصيرة، غير أنها تعاني من درجة أعظم من الإضطراب في مواعيد حيضها الشهري.

\* لوحظ انخفاض في القوة الجنسية للذين أصيبوا بفقدان البصر قبل سن البلوغ في الذكور.

\* يعاني الذين أصيبوا بفقدان البصر في سن الرشد والكبر من مشاكل جنسية

عديدة، ومعظمها ينجم عن تأثيرات إصابتهم بالعمى على حياتهم النفسية، وأهم هذه التأثيرات معاناتهم للكآبة، وفقدان التقدير للنفس، والشعور باللاحول، والعزلة الإجتماعية.

\* إن مواجهة مثل هذه المشاكل الجنسية يجب أن يتوجه أولاً إلى التفريق بين ما هو سبب عضوي أو سبب نفسي لحالة العطل القائمة في فاقد البصر، وإعطاء كل سبب نصيبه من الفعل على العطل الجنسي الناجم، ومن بعد ذلك التوافر على ملاقة الحالة القائمة بما تقتضيه من العلاج الهادف إلى تحقيق الرغبة والأداء الجنسي، وإلى أقصى قدر ممكن.

### الجنس والصمم:

لفقدان السمع أن يؤثر تأثيراً بيناً على الحياة النفسية للفرد، ولهذا التأثير أن يكون بالغاً على النمو النفسي للطفل الأصم، ومع أن الصمم لا يؤدي عادة إلى تعطيل الطاقة الجنسية أو الإستجابات الجنسية للأصم، إلا أن جهل الأصم في النواحي الجنسية، إضافة إلى ما يمكن أن يكون معانياً له من نقص في مهاراته الإجتماعية وتواصله مع شريكه الجنسي، فإنه يصبح أكثر عرضة للمشاكل الزوجية والجنسية، وكما هو الحال في فقدان البصر في سن الرشد وما بعده، فإن فقدان السمع في هذه المراحل له أن يسبب الإكتئاب، وخسارة الثقة بالنفس، والشعور بالعجز، والعزلة الإجتماعية، وهي مظاهر لها أن تتعكس بإحداث مشاكل جنسية، غير أن هذه المشاكل هي أقل شدة واستمراراً من المشاكل الجنسية الناجمة عن فقدان البصر.

### الأمراض الجسمية والجنس:

لإصابة الفرد، ذكراً أو أنثى، بمرض جسيمي من نوع أو آخر أن يسبب اضطراباً ما في حياته الجنسية، وتعتمد الإضطرابات الحادثة نوعاً ودرجة على مقررات من أهمها:

١ - التأثير العضوي المباشر أو غير المباشر على الأجهزة العصبية والجسمية المرتبطة بالنشاط الجنسي.

٢ - التأثيرات النفسية الناجمة عن التحسس بالمرض.

٣ - العلاقات بين المصاب وشريكه (أو شريكته) جنسياً.

هذا وللمصاب بعلة جسمية أن يعاني من فعل هذه العوامل الثلاثة، وكما يلي :-



## التأثيرات العضوية:

للمرض الجسدي أن يقع في الأعضاء الجنسية، أو أن يؤثر في وظائفها، فإصابة هذه الأعضاء بالضرر أو الإلتهاب لها أن تسبب الألم أو العطل، أو التشويه في هذه الأعضاء، أو العطل في الإستجابة اللازمة للحصول على الإكتفاء الجنسي، كما أن للمرض العضوي أن يحدث تأثيره بصورة غير مباشرة على النشاط الجنسي للفرد، وذلك بخفضه لهذا النشاط نتيجة لتحسس الفرد بالضعف والوهن، مما يقلل من ميوله ودوافعه واستجاباته الجنسية، وهو ما يحدث في حالات الحمى، وفقر الدم، وانخفاض الضغط، ونقص التغذية، والسكري، والسرطان، وغيرها من الأمراض المسببة للشعور بالضعف والوهن، ومن المعروف إن لما يشعر به الفرد من ضعف في استجاباته الجنسية وأدائه الجنسي، أن يؤثر ذلك بالتالي على حالته النفسية، وهو ما له أن يزيد في عطله الجنسي، وهكذا دواليك.

## التأثيرات النفسية:

تنجم التأثيرات النفسية المرتبطة بالأمراض الجسمية عن فعل المرض الجسدي المباشر على الحياة الجنسية للفرد المصاب، وبعضه ينجم عن تحسس الفرد المصاب بالخوف والقلق والإكتئاب بسبب إصابته بالمرض الجسدي، ولهذا المشاعر أن تشغله وتصرفه عن الأمور الجنسية، إضافة إلى خشيته من أن يسبب له النشاط الجنسي مضاعفات خطيرة لحالته المرضية، بما في ذلك احتمال الموت، ولمثل هذه العواطف السلبية أن تؤثر بصورة بالغة على استجابته وعلى رضاه عن أدائه الجنسي، وهو ما له أن يقيد كثيراً من هذا السلوك في علاقات جنسية مستقبلية.

## تأثير العلائق الشخصية:

بالنظر لفعل العاملين السابقين: العامل العضوي والعامل النفسي، فإن العطل الحادث في النشاط الجنسي، إضافة إلى واقع الفرد المرضي، فإن لهما أن يغيرا من صورة الفرد عن نفسه، ومن علائقه الشخصية مع شريكه الجنسي، وقد يدفع به هذا التغير أما إلى أن يزداد اقتراباً وتواكلاً على شريكه الجنسي، أو أن له أن يتعد ويصد عن شريكه الجنسي خشية الفشل المحتمل من أدائه الجنسي، يضاف إلى ذلك موقف الشريك الجنسي، والذي له أن يتجنب العلاقة الجنسية معه، أما خشية عليه من الإجهاد، أو كتعبير عن الصدود عن العلاقة بسبب المرض في حد ذاته.

## العلل الجسمية المرتبطة بالعطل الجنسي: الأمراض القلبية:

تفيد الدراسات بأن ما بين ثلث ونصف الذين أصيبوا بجلطات قلبية يعانون من انخفاض في الرغبة بالعلاقة الجنسية، ولهذا الإنخفاض أن يتواصل لعدة سنوات بعد الإصابة، غير أن لبعض الذكور أن يصبحوا أكثر رغبة ونشاطاً في حياتهم الجنسية، ومثل هذا الإنخفاض أو الزيادة يقع في الإناث المصابات بجلطات في القلب، وتفسر الزيادة الحادثة في النشاط الجنسي لبعض المصابين بأنها تمثل إما إنكاراً للإصابة أو أنها بمثابة محاولة من المصاب للبرهنة بأنه ما زال قوياً وجذاباً، غير أن للإمعان في هذا السلوك المتحدي أن ينتهي بعطل أو بمشاكل جنسية، هذا ولإصابات أخرى في القلب مثل الذبحة الصدرية، ولأنظمة القلب، واحتشاء عضلات القلب، أن تسبب عطلاً جنسياً مماثلاً للجلطة القلبية.

إن إصابة الفرد بجلطة أو عطل في حركة وأداء القلب لا يقضي بضرورة توفقه عن القيام بالعملية الجنسية، غير أن تقدير الحد الذي له أن يذهب إليه في هذا الأداء، ومدته، وتكراره، يجب أن يخضع لتقديرات طبية، هذا وتتوافر اليوم وسائل تقنية لرصد تأثير العملية الجنسية على القلب، ويشمل الرصد سرعة القلب، ونظام دقات القلب، وضغط الدم، وغيرها من المعطيات، وبالنظر لتعذر إجراء مثل هذا الرصد أثناء العملية الجنسية، فإن بالإمكان الحصول على المعلومات اللازمة عن طريق قيام الفرد المعاني للأمراض القلبية بإجراء تمارين أو نشاطات رياضية محددة، والتي لها أن تكشف عن تأثير الإجهاد الجنسي على استجابات القلب الفيزيولوجية.

### ارتفاع ضغط الدم:

لضغط الدم أن يرتفع بصورة مفرطة أثناء اللقاء الجنسي، وله أن يبلغ ١٥٠/٢٦٠، وهو ارتفاع له من الناحية النظرية أن يمثل حالة مشحونة بالخطر، غير أن هذه الخطورة هي أقل مما يتوقع في المستويات الإعتيادية من الضغط، أما في المعانين أصلاً من ارتفاع ضغط الدم، فإن القيام بالنشاط الجنسي يقتضي تقييده طبقاً لتقدير دقيق لحالة الفرد، والرأي الطبي في هذا الأمر هو أن قيام الفرد بالنشاط الجنسي، خاصة إذا ما ارتبط هذا النشاط بإجهاد جسمي وعاطفي، يقتضي منعه حتى يمكن وضع حالات ارتفاع الضغط تحت السيطرة العلاجية المعقولة مع الإستمرار برصد السلوك الجنسي للفرد حتى بعد التوصل إلى مثل هذه السيطرة على الضغط.

مع أن العلاقة بين حالات الضغط عامة وبين النشاط الجنسي ما زالت غير واضحة تماماً، وخاصة حالات الضغط غير معروفة السبب، إلا أن للعقاقير العلاجية المستعملة في علاج الضغط أن تسبب أعراضاً جنسية، ومن هذه: توقف القذف، أو حدوث القذف الرجعي (الداخلي)، كما أن لدرجة ما من العنة أن تحدث، والتي قد تكون مسببة عن ما يحدثه عطل القذف من تأثيرات نفسية مقلقة لصاحبها.

### حوادث الدورة الدموية في الدماغ:

لحوادث الدورة الدموية في الدماغ أن تحدث العديد من نواحي العطل في المصاب والتي تشمل المقدرة على الحركة، والشلل الحسي، والذي له أن يشمل المناطق الجنسية، والعطل الفكري، والإضطرابات المزاجية، وجميع هذه الأعراض أن تقلل من الميول الجنسية ومن الإستجابات الجنسية، وحتى في الحالات التي تتوافر فيها الرغبة والطاقة الجنسية فإن لتحديد الحركة ونقص الإحساس في المناطق الجنسية، ولشعور المصاب بالنقص، ولتغيير صورته عن نفسه، ولتخوفه من أن تؤدي العلاقة الجنسية إلى تكرار الحوادث الدماغية، فإن لهذه العوامل كلها أن تؤدي إلى عطل في الحياة الجنسية، ومن الواضح أن درجة العطل الحادث تعتمد على شدة ومكان الإصابة الدماغية، وعلى عمر المريض، وقد أفادت إحدى الدراسات على المصابين بجلطات دماغية دون عمر الستين، بأن ٤٣٪ منهم قد أفادوا بحدوث خفض في معدل تكرار العلاقات الجنسية، وبأن ٢٩٪ منهم قد أفادوا بحدوث انخفاض في قوة النشاط الجنسي.

### إصابات الجهاز التنفسي:

لما كان النشاط الجنسي يتطلب جهداً إضافياً للجهاز التنفسي، فإن لإصابة الجهاز التنفسي أن لا توفر مثل هذا الجهد، وهو ما له أن يعيق من النشاط الجنسي، يضاف إلى ذلك أن تخوف الفرد من أن للنشاط الجنسي أن يؤثر سلباً على أداء جهاز التنفس، وأن يؤدي ذلك إلى تعقيد الحالة المرضية التنفسية، فإن لهذا التخوف أن يحدد من النشاط الجنسي وإلى إحداث عطل ما في دور أو آخر من أدوار الإستجابة الجنسية. ومن الحالات المرضية في الجهاز التنفسي التي لها أن تؤثر على النواحي الجنسية: هي تضيق الأنف، والنفخ الرئوي، والحالات الإنسدادية الرئوية، وغيرها من الحالات التي لا توفر القدر الاعتيادي من الأوكسجين لعملية التنفس في الأحوال الطبيعية. وبوجه خاص أثناء العملية الجنسية، والتي تتطلب قدراً أعظم من الأوكسجين.

## مرض السكري:

تعاني نسبة غير قليلة من المصابين بالسكري من عطل في رغبتهم أو في استجابتهم الجنسية، ويحدث هذا العطل في أولئك الذين يكتشف بأنهم يعانون من مرض السكري، كما يقع في أولئك الذين يعالجون من الحالة المرضية، وكما هو الحال في حالات مرضية أخرى، فإن العطل ينجم عن التأثيرات العضوية لمرض السكري، كما أن بعض العطل يأتي عن فعل عوامل نفسية ترتبط بالخوف من عواقب مرض السكري، وقد أفادت بعض الدراسات على المصابين بالسكري بأن حوالي نصف المصابين بالسكري يعانون من درجة ما من عطل الانتصاب (العنة)، كما تبين بأن هذه المعاناة لا تتوقف على شدة السكري أو عمر المريض أو مدة المرض، وفي دراسة أخرى، تبين بأن عطل الانتصاب يحدث في ٨٤٪ من الذكور المصابين بالسكري، وقد عزي هذا العطل في (٣٠٪ منهم) لأسباب عضوية، وفي (٤٤٪)، لأسباب عضوية بصورة جزئية، وفي (٢٦٪) لأسباب نفسية، ويفسر التأثير العضوي لمرض السكري بأنه يأتي نتيجة للإضطراب الإستقلابي الذي يحدثه مرض السكري على الأعصاب المرتبطة بالأعضاء التناسلية، كما أنه يأتي عن طريقة شحة الدورة الدموية الواردة للأعضاء الجنسية، وهي شحة تتسبب عن ما يحدثه مرض السكري من تضيق في الأوعية الدموية، أو انسداد فيها، ويضاف إلى عطل الانتصاب في الذكور، عطل مماثل في عملية القذف، وفي الحصول على الذروة.

وفيما يتعلق بالإناث، فإن معظم الدراسات تفيد بأن الأنثى لا تعاني من أي تأثير يذكر على حياتها الجنسية بسبب السكري باستثناء عطل في الذروة التي قدرته إحدى الدراسات بأنه يقع بنسبة ٣٥٪ من الإناث اللواتي كن يحصلن سابقاً على ذروة طبيعية، هذا ولا يبدو بأن لإصابة الأنثى بالسكري أي تأثير على استثارها الجنسية، أو على أدائها الجنسي أثناء اللقاء الجنسي.

## عجز الكلى:

للعجز الكلوي أن يسبب عطلاً جنسياً في نصف المصابين به من الذكور، وفي ربع إلى نصف الإناث المصابات، وللتسمم الكلوي (يوريمية) أن يسبب العطل الجنسي أيضاً، وخاصة نقص القوة الجنسية والعنة، ولهذا العطل أن يتواصل حتى ولو جرى تنقية الدم (ألديال)، وللعامل النفسي أن يساهم بدرجة كبيرة في هذا العطل، وذلك نتيجة لما يتحسس به المريض بالعجز الكلوي أو الإكتئاب، ونتيجة لما يمكن أن يعانيه

من فقدان لموقعه المسيطر في العلاقة الزوجية، وللموقف السلبي لشريكه، وتفيد البحوث بأن إجراء عملية زرع الكلى، له أن يعيد الكفاءة الجنسية في معظم الذين عانوا منها نتيجة عجز الكلى، غير أن العطل الجنسي يتواصل في ما بين ٢٠ إلى ٣٠٪ منهم، ويفسر الباحثون العطل الجنسي المصاحب للعجز الكلوي بأنه ناجم عن عدة عوامل، ومن هذه: تأثير تسمم اليوريمية على الجهاز العصبي الأتونومي مما يؤدي إلى اعتلاله، وهناك من يفيد بأن اليوريمية تنقص من إنتاج هرمون تستسترون، كما يتضح ذلك من أن المصابين بالعطل الجنسي الناجم عن اليوريمية يعودون إلى حالتهم الجنسية الطبيعية إذا ما عولجوا بهرمون التستسترون، وهناك بينات أخرى بأن اليوريمية تسبب نقصاً في معدن الزنك، مما له أن ينقص من مستويات هرمون التستسترون، كما أن هناك ما يشير إلى أن اليوريمية ترتبط بارتفاع في مادة برولاكتين، ويفسر هذا العطل على الحياة الجنسية من أن مادة برولاكتين تؤثر مركزياً، أو محيطياً، على استهلاك هرمون تستسترون، هذا ولبعض العقاقير المستعملة في علاج عجز الكلى ونتائج هذا العلاج كارتفاع ضغط الدم بمضادات الضغط، والكآبة بمضادات الكآبة، أن يساهم في إحداث العطل الجنسي وزيادته.

### الأمراض السرطانية:

للمرض السرطاني أن يحدث تأثيره على الحياة الجنسية للمصاب عن عدة طرق من أهمها:

- ١ - احتمال أن يكون السرطان في أحد الأعضاء الجنسية.
- ٢ - الأساليب العلاجية الموضعية غير الجراحية أو الجراحية، وما له أن ينجم عن ذلك من تشويه لعضو أو آخر من الأعضاء المرتبطة بالنشاط الجنسي.
- ٣ - التأثيرات النفسية الناجمة عن الإصابة بمرض له أن ينتهي في بعض المصابين بالوفاة عاجلاً أو آجلاً.
- ٤ - العمليات الجراحية على مواقع معينة والتي لها أن تؤدي إلى الإضرار بالأعصاب المحيطة المتصلة بالنشاط الجنسي، ومن هذه العمليات:
  - أ - فغر القولون.
  - ب - بضع المصران اللفائفي (الأليوم).
  - ج - قطع غدة البروستات.

د - قطع المثانة الكامل، وذلك إضافة إلى الفعل النفسي السلبي على المصاب بهذه الحالات المرضية، وإلى ما يحتمل أن تحدثه مثل هذه العمليات من تأثير سلبي على الشريك الجنسي.

هـ - العلاج بأشعة الراديوم، والمعروف أنها لا تحدث تأثيرات سلبية على الحالة الجنسية نتيجة للعلاج بالأشعة، غير أن لاستعمال الأشعة في علاج سرطان عنق الرحم أن يؤدي إلى تضيق المهبل في الأنثى مما يجعل الجماع مؤلماً أو متعذراً، ولعلاج سرطان الخصية بالأشعة أن يسبب نقصاً في الحيوانات غير أنه لا يؤثر في الأداء الجنسي.

### سرطان الثدي والجنس:

ليس لسرطان الثدي أن يؤثر في الحياة الجنسية للأنثى، وإن كان لتحسس الأنثى بالإصابة وتخوفها من نتائجها وتأثيرها على علاقتها مع شريكها الزوجي، أن يحدث خللاً في صورتها عن نفسها، وأن يقلل من رغبتها واستجابتها الجنسية، ولعمليات بتر الثدي أن تحدث تأثيراً مماثلاً.

### استئصال بيت الرحم والمبيضين:

ليس لوجود الرحم في ذاته أو في غيابه أي تأثير على الحياة الجنسية، غير أن ارتباط بيت الرحم بأنوثة المرأة وبخصبها له أن يجعل من عملية استئصاله حالة مؤذية نفسياً للأنثى، ولشريكها الجنسي أيضاً، خاصة وإن بعض الإناث يتبنين الاعتقاد بأن الرحم هو عضو ضروري للوظائف الجنسية، وإن لاستئصاله أن يجعلهن بدون مشاعر وقوى جنسية، ومع أن لاستئصال الرحم أن يذكي الرغبة والاستجابات الجنسية في بعض الإناث، وذلك لأن له أن يحررهن من مخاوف الحمل والمسؤولية، إلا أنه في إناث أخريات له أن يسبب تدهوراً واضطراباً في حياتهن الجنسية، وقد أفادت إحدى الدراسات بأن ٣٧٪ من مجموعة إناث بلغ عددهن (٨٠) أنثى واللواتي تم استئصال الرحم والمبيضين عندهن، قد عانين من تدهور في علائقهن الجنسية، وبأنهن عزين هذا التأثير للعملية الجراحية.

### التهاب المجاري البولية:

التهاب المثانة والإهليل وغدة البروستات لها كلها أن تسبب عطلاً ما في النشاط الجنسي، كما أن لمشاطرة الأنثى في عملية جنسية طويلة أن يسبب شدة للأعضاء الجنسية، والتي من شأنها أن تهيئها للأصابة بالتهاب المهبل، وخاصة إذا كانت الأنثى

في سن اليأس وتعاني من نقص هرمون استروجين، ولهذا تنصح الأنثى في هذا السن بإفراغ المثانة قبل وبعد العلاقة الجنسية، وبضرورة تناول مقادير وافرة من السوائل، ولالتهاب المجاري البولية أن يسبب في الكثير من الإناث الحرقة والألم وبالتالي المضايقة من العلاقة الجنسية مما له أن يؤدي إلى منع حدوث الذروة أو الرضى عن هذه العلاقة، وللرجل أن يعاني من صعوبة في العلاقة الجنسية في حالة إصابته بالتهاب غدة البروستات، أو في حالة عدم هبوط الخصية، كما أن لأي تشويه ولادي في الأعضاء الجنسية أن يسبب مشاكل في الإستجابات الجنسية.

### أمراض الكبد:

إصابة الكبد بالالتهاب أو بالتشمع لها أن تحدث خفضاً في الطاقة الجنسية، ويفسر ذلك على أنه نتيجة لفشل عملية استقلاب هرمون استروجين بصورة صحيحة في الكبد، مما يؤدي إلى تجمع الهرمون في الدورة الدموية.

### الإضطرابات الهرمونية:

لعدّة اضطرابات هرمونية أن تسبب انخفاضاً في الرغبة والإستجابة الجنسية، ومن هذه الإضطرابات المؤدية إلى هذا الإنخفاض في كل من الذكر والأنثى هو نقص إفراز الغدة الدرقية، وفي الإناث مرض أديسون، وفي الرجال أورام الخصية والتي تسبب خفضاً في مستويات الهرمونات الأندروجينية (الذكورية)، وللأنثى التي تعاني من أورام في الغدة الكظرية أو بمرض كوشنج (Cushing's disease)، أن تصبح أكثر طاقة جنسية، وذلك نتيجة لتوافر هرمونات الأندروجين بصورة مفرطة، ويصاحب ذلك عادة نمو شعر الجسم، ورخامة الصوت. ومن الإضطرابات الهرمونية المؤدية للعطل الجنسي هي اضطراب محور نواة الهايبوثالموس - الغدة الصماء.

### اضطرابات الدم:

لإصابة الفرد بمرض لوكيميا، أو بفقر الدم المنجلي (Sickle cell) أن يعاني من اضطراب وعطل في الإستجابات الجنسية، وخاصة حالة القسوح (Priapism) وهي حالة الإنتصاب الدائم في الذكور.

## (خلاصة) الحالات المرضية العضوية التي لها أن ترتبط بعطل جنسي :

- ١ - الإلتهابات .
- ٢ - الأمراض الطفيلية .
- ٣ - اضطراب الكلى والمجاري البولية .
- ٤ - اضطرابات الكبد .
- ٥ - اضطراب الجهاز التنفسي .
- ٦ - أمراض وراثية .
- ٧ - اضطرابات التغذية .
- ٨ - اضطرابات هرمونية :
- مرض السكري .
- عطل محور الغدد النخامية - الأدرينية .
- مرض أديسون .
- أورام غدة الأدرينال (الكظرية) .
- المكسدوما (عطل الغدة الدرقية) .
- فرط الدرقية .
- ضخامة النهايات .
- ٩ - الأمراض العصبية :
- التصلب المتعدد .
- التهاب النخاع المستعرض .
- مرض باركنسون .
- الصرع الصدغي .
- الشدة على النخاع الشوكي ، أو أورامه . عقلياً .
- ١٠ - التقنيات الجراحية :
- عمليات استئصال البروستات ،
- بتر قسم من الكولون .
- قطع الأعصاب السمبثاوية .
- استئصال المثانة الشامل .
- استئصال الغدد اللمفاوية الباطنية .
- ١١ - التسمم :
- مبيدات الحشرات .
- التسمم بالرصاص .
- ١٢ - حالات مرضية متنوعة :
- العلاج بالأشعة .
- الكسور الحوضية .
- الأمراض المنهكة للقوة العامة .
- ١٣ - تعاطي المستحضرات والعقاقير المؤثرة



## الفصل التاسع

---

### تقنيات جديدة لعلاج العنة

- زرق المركبات الفعالة في الأوعية الدموية.
- زرق المركبات الفعالة في الجسم الإسفنجي للقضيب.
- العلاج الجراحي:
  - العمليات البديلة للقضيب.
  - جراحة الأوعية الدموية.



## الفصل التاسع :

### تقنيات حديثة لعلاج العنة :

لقد حدثت تطورات حديثة في موضوع العلاجات العقاقيرية وأساليب تطبيقها في علاج عطل الإنتصاب وذلك خلال العشر سنوات الأخيرة، وفيما يلي مختصر لأهم هذه التطورات .

#### - زرق المركبات الفعالة في الأوعية الدموية : (Vasoactive drugs):

كان الجراح الفرنسي (Virag) (١٩٨٢) هو أول من وصف هذه التقنية، وتم نشر نتائج هذه التقنية سنة ١٩٨٣، وسنة ١٩٨٦، وتطبيق التقنية العلاجية بزرق الفرد بمادة تحدث توسعاً في الأوعية الدموية في القضيب مما يزيد في التغذية الدموية للقضيب ويؤدي إلى تضخمه إلى حين، ويتم الزرق في داخل الكهف الأسفنجي للقضيب، والمادة المستعملة هي عادة مزيج من مركبين هما، (Phentolamine, Papaverine HCL) mesylate، ومن المواد الأخرى التي يجري تجربتها هو المركب الأمعائي المنشط الوعائي المتعدد البيتايدز (Vasoactive intestinal polypeptide)، والمعروف أن هذا البيتايد موجود في نواة الهايوثالموس، وفي الأعضاء الجنسية للأنثى، والمعتقد هو أنه عامل ضروري في الإثارة الجنسية لكل من الذكر والأنثى، ومن المواد الأخرى المستعملة مركب benzyline . وقد أفادت البحوث بفائدة هذه المواد في إحداث

الإنتصاب خلال بضع ساعات من زرق هذه المواد في الكهف الإسفنجي للقضيب، خاصة مركب Papaverine، كما أفادت بأن لبعض المعالجين أن يحصلوا بعد ذلك على انتصاب تلقائي حتى بدون التعرض إلى زرق جديد، ومن الجدير بالذكر أن لهذا الأسلوب العلاجي أن يسبب توتراً قضيبياً مستديماً (Priapism)، والذي له في بعض الحالات أن يسبب تلفاً في إنسجة الكهف للقضيب إذا ما تواصل لمدة تزيد على ٢٤ ساعة، وللزرق بهذه المادة أن يؤدي إلى إحداث دوخان أو غشيان في المتعرض للزرق. ومن الجدير بالذكر أن فيراج جرب هذه التقنية على نفسه بنجاح.

## ٢ - زرق المركب الفعال في الجسم الإسفنجي للقضيب:

ومن الوسائل العلاجية التي راحت تبشر بنتائج إيجابية مرموقة لحالات العنة هي زرق مادة بروستوجلاندين (PGEI) Prostoglandin Ei في الجسم الإسفنجي للقضيب، وقد أفادت هذه التقنية بحدوث توتر في القضيب بعد انقضاء ٥ - ١٠ دقائق على الزرق، وعلى حدوث استجابة جيدة في ٩١٪ من حالات العنة عصبية الأصول neurogenic Impotenc، وفي ٨١٪ من حالات العنة ذات الأصول في الأوعية الدموية (العنة الوعائية الأصل) Vasculogenic Impotence، وقد أفادت البحوث حول هذه التقنية بأنه إجراء سليم العواقب إلى حد كبير، باستثناء حدوث حالات من الإنتصاب المستديم في القضيب، وحدث الألم فيه (في حوالي ٥٪ لعارض الإنتصاب المستديم) مما يتطلب زرقاً موضعياً في الجسم الإسفنجي بمادة أدرينية (Adrenergic)، كما عانى حوالي ثلث المعالجين من شعور عدم الإرتياح، ومن فوائد هذه التقنية أنها تجنب الشخص المعالج أي اختلاطات ممكنة في القلب أو الكبد أو أي اختلاطات أخرى، وذلك لأن المادة التي تزرق (بروستوجلاندين) تستقلب موضعياً، على خلاف العلاجات الأخرى التي يتم تناؤها عن طريق الفم أو الزرق العضلي، هذا ويتطلب العلاج بهذه التقنية الإستمرار في تطبيقه، وللغرض أن يطبق ذلك في البيت على أن لا يقوم بذلك لأكثر من مرة واحدة كل ثلاثة أيام، وقد تبين من إفادات المعالجين بأنهم وجدوا فائدة حسنة جداً من استعمالها.

## ٣ - العلاج الجراحي:

بدأ العلاج الجراحي لحالات العطل الجنسي منذ عشرات السنين، ومن هذه الإجراءات عملية إصلاح التسرب الدموي الوريدي في مطلع هذا القرن، غير أن السنوات الأخيرة قد شهدت تقدماً كبيراً في هذه التقنيات الجراحية والتي يمكن تقسيمها

إلى فئتين: الفئة الأولى، هي فئة العمليات البديلة Prosthetic للقضييب، والفئة الثانية هي فئة العمليات على الأوعية الدموية المرتبطة بالقضييب.

### العمليات البديلة للقضييب: (Penile prosthetic surgery):

تتوافر عدة عمليات جراحية والتي توفر بديلاً لبعض المصابين بعطل في الانتصاب، خاصة العطل الناجم عن أسباب عضوية، ويلجأ إلى هذه العمليات في حالة فشل الوسائط العلاجية غير الجراحية، وتتضمن هذه العمليات غرس مواد معينة داخل القضييب Implants لتعمل كركيزة تسهل على المصاب عملية الولوج في العلاقة الجنسية، وهناك اليوم عدد من هذه المواد التي يتم غرسها، وأهمها الأنواع التالية:

#### أولاً - المواد اللينة (القابلة للتكيف):

وتتكون هذه المادة اللينة من محور معدني لدن مغلف بغلاف من البلاستيك، ومن أهم سلبيات هذه التقنية هي أن القضييب يظل ممتداً ولا يتمكن صاحبه من إرخائه.

#### ثانياً - البديل الإنتفاخي:

ويتكون من مادة قابلة للإنتفاخ والتفريغ، والتي يتم غرسها في القضييب مع ملحقاته من مضخة وخزان في كيان واحد (Seif contained)، ويجري نفخه وإفراغه بإرادة الفرد، وهي تقنية تحاكي العملية الفيزيولوجية الطبيعية للأداء الطبيعي - مع الفارق طبعاً.

ثالثاً: والتقنية الثالثة، هي تنوع على التقنية السابقة، ويتم فيها غرس البديل، والمثالف من اسطوانتين قابلتين للإنتفاخ في جانبي الكهف القضيبي، وغرس المضخة في صفن الخصية، والخوان في المنطقة قبل المثانية prevesical space، وقد اصطلح على هذه التقنية بالتقنية الإنتفاخية المتعددة (multiple inflatable).

إن هذه التقنيات المختلفة قد أعانت الكثيرين من المصابين بعنة الانتصاب في الحصول على درجات متفاوتة من الرضا عن علاقتهم الجنسية، وقد أفادت دراسات المتابعة على أعداد كبيرة من الذين أجريت عليهم هذه التقنيات المختلفة بأن حوالي ٧٤ إلى ٨٦٪ قد كانوا راضين عن نتائج الإجراء البديل. غير أن الدراسات قد أشارت أيضاً إلى أن اختلاطات هذه التقنية وفشلها في تحقيق غاياتها قد تراوحت بين ٥ إلى ٢٠٪ من الحالات، هذا ولا تشير التقارير عن مدى قناعة الشريكين في العلاقة

الجنسية بشأن قبولهن ورضاهن عن مثل هذه الإجراءات البديلة، غير أن دراسة قام بها Binkhoist و Kramarsky (١٩٧٨)، قد أفادت بحدوث رضى تام في حوالي ٤٢٪، وهي نسبة غير قليلة. وما يقتضي تأكيده هو ضرورة تعريض الشريكين في العلاقة الجنسية إلى الدراسة النفسية لتقرير مدى حماسها واستعدادهما لتقبل الإجراء الجراحي وتوقعاتها منه، كما يقتضي على الذي يقرر الإجراء الجراحي أن يعين بالدقة الممكنة العوامل التي لها أن تتنبأ بنتائج مثل هذا الإجراء في الفرد المعاني للعنة، ومن هذه العوامل: الحالة الجنسية السابقة للعنة، ونوعية العلاقة بين الشريكين، والتوقعات من الجانبين بشأن نتائج العملية، ومدى التقبل للبدائل المتاحة.

### جراحة الأوعية الدموية:

تستند جراحة الأوعية الدموية على أساس المعرفة بوجود علاقة سببية بين وظائف الأوعية الدموية من شريانية ووريدية والمرتبطة بالعضو التناسلي للذكر، وبين عطل الإنتصاب، وقد أفادت الأبحاث في هذا الموضوع بما يلي:

أولاً: فيما يتعلق بالأوعية الوريدية، يشير الباحثون بأن نوعين من العطل الوريدي يرتبطان بالعنة وأن للعمليات الجراحية أن تحسّن من واقعها، وهما:

١ - وجود أوردة كبيرة خارجة من الجسم الكهفي للقضيب (Penile corpora cavernosa).

٢ - وجود اتصال غير طبيعي أو ناسور بين الجسم الكهفي وبين الغدد أو الجسم الإسفنجي.

وتتضمن التقنية الجراحية قطع الوريد الظاهري العميق (deep dorsal vein)، وربط روافده، وقد أفادت الدراسات بحدوث نتائج إيجابية نتيجة هذا الإجراء الجراحي بنسبة تتراوح بين ٤٠ إلى ٧٥٪.

ثانياً: أما الإجراء الشرياني فهو يستهدف زيادة التغذية الدموية الشريانية، وهناك أكثر من تقنية واحدة تهدف إلى تجاوز الأوعية الشريانية القاصية (distal arteries) عن طريق المفارغة (anastomosis) بين الجسم الكهفي والشريانات أو الأوردة القضيبيّة، وقد أفادت النتائج الأولية لهذا الإجراء الجراحي بفائدة إيجابية حسنة على المدى القصير والمتوسط (حتى بعد متابعة استمرت إلى ما بين ٦ - ١٨ شهراً)، هذا ويجري الآن القيام بأبحاث ومحاولات تهدف إلى تحسين هذه الإجراءات الجراحية على الأوعية الدموية

الوريدية منها أو الشريانية .

### تقنية المص (Suction technique):

طريقة المص هي تقنية حديثة تهدف إلى إحداث الإنتصاب أو تقويته في المصابين بعطل العنة، وتتوافر عدة ابتكارات لتطبيق هذه التقنية والتي تتألف من الخطوات التالية - وكلها خارجية:

- ١ - دهن القضيبي بمادة مرطبة .
- ٢ - وضع أنبوب حول القضيبي .
- ٣ - تثبيت حلقة مطاطية حول الجزء الأسفل من الأنبوب المحيط بالقضيبي .
- ٤ - القيام بعملية المص على الأنبوب، وذلك باستعمال مضخة تفريغ للهواء والتي تؤدي تشغيلها إلى إحداث احتقان في الأوعية الدموية للقضيبي . ونتيجة للعملية يحدث توتر للقضيبي، كما أن الحلقة المطاطية في أسفل القضيبي تبقى على الإحتقان المسبب للإنتصاب وذلك بفعلها القابض .

وقد أفادت دراسة علاجية قام بها (Nadig) ومشاركوه بأن حوالي ٨٠٪ من الذين عولجوا بهذا الأسلوب من المصابين بالعنة قد حصلوا على الإنتصاب بصورة مرضية لهم .





## الفصل العاشر

---

### الأفروديزيات والمضادات الأفروديزية:

- مقدمة.
- أصناف الأفروديزيات.
- المضادات الأفروديزية.



## الأفروديزيات والمضادات الأفروديزية :

### مقدمة :

اشتق هذا المصطلح من اسم أفروديت آلهة الحب والجمال والجنس في الميثالوجيا الأغريقية، وينوه المصطلح بتلك (الوسائط) من شكلية وصورية، ومن مستحضرات وعقاقير وغيرها مما يعتقد بأنه يزيد من الرغبة الجنسية ويقوي من الأداء الجنسي، وقد ارتبط المصطلح باسم أفروديت لما كان لها من تأثير على الغير من إغراء وفتنة وجاذبية تمكنت عن طريقها من السيطرة على آلهة الإغريق وغيرهم ممن فتنوا بها، فعاشرت بعضهم، ومالت عن بعض، وبالنظر لأن أسطورة أفروديت تعتبر استمراراً لأسطورة عشتار والتي وصفت في بلاد ما بين الرافدين قبل ذلك بألفي عام على أقل تقدير، فإنه يصح أن يطلق على الأفروديزيات مصطلح العشتاريات أيضاً.

إن مصطلح الأفروديزيات يطلق اليوم في الأوساط العامة أو العلمية الطبية على أي شكل من وسائط عديدة يظن بأن استعمالها أو التعرض لها له أن يثير التهيج الجنسي، وأن يزيد من النشاط والقوة الجنسية، ومع أن مصطلح الأفروديزيات هو مصطلح حديث نسبياً ومنتشر في الحضارات الغربية على وجه الخصوص، إلا أن

مارسته كوسائط قد عرف منذ أقدم العصور، وأعطى تسميات مختلفة وإن لم يرتبط باسم من الأسماء، ولعل هناك ما يبرر ربطه باسم أفروديت لا بسبب مضمون أسطورتها وإنما لتوافر - مختلف النحوت والتأثيل التي صورتها عبر العصور التالية لوضع الأسطورة والتي جعلت منها آية في الجمالية والجادبية، وما زالت هذه النحوت والتأثيل توحى بذلك حتى الآن.

لقد ظهر عبر العصور وحتى عصرنا الحالي ما لا عد له من المحاولات لتنشيط الرغبة الجنسية وشحذ قوتها خاصة في أولئك الذين قل نشاطهم، وفترت هماتهم الجنسية، أو خبت كلياً، أما بفعل الطبيعة، أو نتيجة المرض، أو بسبب تقادم العمر، ويمكن القول بأن المحاولات العلاجية قد تناولت كل ما يمكن أن يخطر في البال على أمل إذكاء الرغبة الجنسية وإكمالها برضى ومنفعة لا تقنع الفرد نفسه فقط، وإنما تقنع وتبعث الرضى والمتعة في شريكه الجنسي، وقد ترك لنا التاريخ أسماء وأوصاف الكثير من الطرق والعلاجات مما لجأ إليه الناس في محاولات حثيثة ويائسة لردهم إلى المستوى الفعال في حياتهم الجنسية، ويتضح من تفحص مختلف المستحضرات والوصفات ومن عددها الهائل مبلغ الإلحاح الذي دفعت إليه الحاجة الجنسية في حياة أولئك الذين أصابهم العطل أو بعضه في هذه الناحية الأساسية والجوهرية من حياتهم، كما يتضح من ذلك أيضاً أن المساعي العلاجية لم يكن مردودها مجزياً، ذلك أن العدد الهائل من المحاولات العلاجية المختلفة له أن ينوه بفسلها، وهكذا ترك الباب مفتوحاً للمزيد منها على أمل النجاح يوماً في التوصل إلى وسيلة تذكى الرغبة الجنسية وتنشط الأداء الجنسي فيمن شحت أو فترت هذه القوة عندهم.

### أصناف الأفروديدزيات:

تعددت أصناف الأفروديدزيات، فمن التصنيفات الممكنة ما ترد أصولها إلى مواد حيوانية ونباتية وجمادية، أو ما يجمع بين نوعين أو أكثر منها، ومن التصنيفات ما يعتمد على طريقة فعلها من نفسية أو فيزيولوجية، وفي العصر الحديث أدخل في التصنيفات وسائل الإيضاح من صور وأفلام وفيديو، وحتى الملاهي المختصة يعرض مناظر وممارسات جنسية فعلية، هذا ولا تتوافر دراسات موثوقة عن مدى فعالية جميع هذه الأصناف الأفروديدزية في إذكاء الرغبة الجنسية، أو في تحقيق هذه الرغبة، أن أثيرت، في تقوية الأداء الجنسي، غير أن انتشار المفردات العديدة من هذه الأصناف عبر عصور التاريخ وحتى الآن له أن يشير إلى بعض الفائدة الإيجابية لبعض الناس، وإن كان الاعتقاد السائد بين المختصين في هذا الموضوع هو أن ما يحصل من فائدة منها إنما يجيء

بفعل الإيجاء، وهو فعل له أن يشحذ القوة الجنسية لفترة ما، وهي فترة قد لا تطول، ثم إن الذين يستجيبون لفعل هذا الإيجاء هم عادة أولئك الذين نشأ العطل أو الفتور الجنسي عندهم نتيجة عوامل نفسية.

. يتعذر إحصاء عدد المواد الأفرويديزية المنشطة للجنس، ذلك أن الكثير منها مما استعمل عبر التاريخ قد بطل استعماله أو اتخذ شكلاً أو تركيباً جديداً، والكثير مما يستعمل في العصر الحالي لا يمكن حصره بالنظر للتسرر في الإستعمال، أو لتعذر الحصول على عينات أو بيانات عنه، وفي بعض المراجع ما يفيد بأن ما لا يقل عن ٩٠٠ مادة أفرويدزية (منشطة للجنس) تتوافر حالياً في مجتمع أو آخر. وفيما يلي نذكر بعض أهم هذه المواد والتي ما زال استعمالها شائعاً في بعض المجتمعات خاصة البدائية أو المتخلفة منها، ومن هذه المواد الأفرويدزية:

\* تناول خصية الحمار، وأحشاء الطيور، والمني حديث الإفراز، ودم الحيض، وقضيب الذئب.

\* البصل، واللحانة البرية، وتفاح الأرز، (البابونج)، وجذر نبتة ماندراجورا Mandragora root، والمعروفة من العهد التوراني. ويفسر الإقبال على تناول هذا الجذر أنه يشبه القضيب، وبأن له زوائد على جانبيه تشبه الخصيتين، وهناك اعتقاد ساد المجتمعات التي استعملته بأن الرجل الذي يحاول اجتذاره من الأرض يقع ميتاً إذا ما سمع صوت الجذر يصرخ عالياً، ولتفادي ذلك استعملت الكلاب في عملية الإجتذار.

\* استعملت بعض النباتات والخضار، منها الفول، والموز، والخيار، ويفسر فعل الموز والخيار لما يوحيا به من تشابه مع العضو الذكري، أما المحار فالتشابه بينه وبين فرج الأنثى، ومن الخضار الأخرى ثمرة البطاطس، ولعل ذلك للتشابه بينها وبين الخصيتين، كما استعمل الحساء المحضر من زهرة السحلب البرية، ومن الطرائف التاريخية الإغريقية ما ذكر بأن البطل هوركوليس شرب من هذا الحساء، وقام بعد ذلك بفض بكارة بنات مضيفة الخمسين.

\* ومن الأطعمة التي وصفت لتنشيط الجنس عبر العصور هي أطعمة أربعة، وهي: الثوم، والعسل، وسمك السنمورية (انشوفي)، وسويداء القمح (وهو غني بالفيتامين)، والمعروف أن الثوم يعمل كمطهر وكمقوي للجسم، وهناك بينة عن أن الثوم يحتوي على مادة كيهايوية تشبه أحد المواد الكيهايوية التي تفرزها الأنثى عندما تثار

جنسياً، ويمكن تفسير ما يجري في أمريكا من احتفالات في موسم الثوم بأنه يعبر عن الإعتقاد بجدوى الثوم كمنشط للجنس، أما العسل فهو إضافة إلى أنه مصدر غني بالطاقة، إلا أن هناك اعتقاداً بفائدته الأفروديزية، وهذا يفسر تناوله بصورة واسعة كأحد مكونات بعض الحلويات التي يتناولها بعض المعانين للضعف الجنسي، أما الطعام الثالث وهو سمك السنمورة (الأنشوفي)، فهو يحتوي على عنصر الفوسفور والملح وبعض العناصر الأخرى التي يحتاجها الجسم، والطعام الرابع المحضر من سويداء الحنطة، فهو أغنى مصدر لفيتامين (E)، وهو الفيتامين الذي ارتبط فعله بالنشاط الجنسي، إضافة إلى أن نقصه من الجسم له أن يؤدي إلى العقم. وأخيراً فإن محار البحر يعتبر مصدراً افرويديزياً (أي منشطاً للجنس)، وفي رأي البعض أن هذا الإعتقاد بفائدته قد تأتي عن التشابه بين المحار وبين فرج الأنثى، ولعل ذلك يفسر الكيفية التي رسمت فيها أفروديت عارية تتوسط صدفة خالية من المحار وكأنها خلقت منها.

\* ومن المواد المرغوبة كمنشطات جنسية هي التوابل، ومن هذه الفليفلة منها والمسماة (بالشلي)، وهي تستعمل عادة مع أطعمة معينة مثل محار البحر، ومنها أيضاً الكراويا والتي عرف عن استعمالها في عصور مصر القديمة، ومنها أيضاً (جنجر) والذي يتم تناوله بعد الفراغ من تناول الطعام كشوكولاته، أو على صورة مستحضر بلوري، وعلى العموم فإن استعمال التوابل ينحصر في الفصول الباردة على أمل أن تشعل هذه المواد الحارة برودة النشاط الجنسي.

\* لقد دأب القدماء على وصف مختلف الأعشاب لحالات الضعف الجنسي، ومن أكثرها شهوة نبتة الريحان الحلوة، وهو نبات يشبه النعناع ويستعمل في الطبخ، ويقتضي أن يتم تناول هذا العشب وهو في حالة طازجة، ذلك أن الأعشاب الجافة عديمة الفائدة. ومن المستحضرات العشبية التي يعتقد بفعاليتها الأفروديزية هو اليانسون، ولعل هذا هو الذي أدخل اليانسون في عملية تحضير مستحضر العرق في كل من لبنان واليونان (أوزو)، ومن النباتات العشبية المستعملة أيضاً المقدونس، والسلري، والخس، والإسبراجس، وغيرها من الأعشاب. والنباتات.

\* ومن الوصفات المنشطة للقوة الجنسية ما ورد في كتاب (كاما سوترا) الهندي القديم، وتتلخص الوصفة في خلط مقادير متساوية من السمنة والعسل والسكر وعرق السوس المخلوط بالحليب، وعصارة نبات الشمر.

\* استعمل الغربيون، وخاصة في أمريكا الوسطى والجنوبية، مسحوقاً مستخلصاً من خنفساء تنظية دعيت باسم الذبابة الإسبانية (Spanish fly)، وقد عرف بأن معجون

هذه المادة إذا ما وضع على خصيتي الثور تحدث فيه حالة عدم الإرتياح تدفعه للجنس، أما في الذكور من الناس فإن المادة تؤخذ عن طريق الفم وتحدث في المتناول حرقه شديدة في الأحليل تؤدي بالضرورة إلى الإنتصاب، ولاستعمال هذه المادة بمقادير أكبر مما هو ضروري له أن يؤدي بحياة المستعمل لها.

\* ومن الأفروديزيات الأخرى، استعمال المشروبات الروحية على أنواعها، ولهذه المشروبات بمقادير قليلة أن تنشط الطاقة والرغبة الجنسية لأنها تزيل النواهي عن الجنس، وتزيد من الدورة الدموية المحيطة، بما فيها الأعضاء التناسلية، غير أن زيادة التناول له أن يهبط من الطاقة الجنسية ويعطلها، إضافة إلى المحاذير المختلفة المرتبطة بالإفراط من تناول المستحضرات الكحولية والإعتدال عليها.

\* انتشر في بعض المجتمعات المعاصرة تناول مسحوق قرن حيوان راينوسروس كمنشط جنسي، وتناول المسحوق يحدث إثارة للأحليل كتلك التي يحدثها مسحوق الذبابة الإسبانية، والمعروف أن التأثير المنشط لهذا المسحوق هو تأثير طفيف إذا ما قورن بثمانه الباهظ، ولعل ما يبرر استعماله هو شكله المشابه لقضيب الذكر، ومن أهم نتائج الأقبال على استعمال مسحوق هذا القرن هو تهديد بقاء هذا الصنف من الحيوان.

\* وفي البلدان الآسيوية، خاصة النصف الشرقي منها، دأب ذوي الحاجة إلى إثبات رجولتهم الجنسية بتناول جذر نبتة (جنسج)، أما عن طريق تدخين مادة الجذر أو مضغها، أو باستعماله كشراب، كالشاي، وفعل هذا الجذر في الأساس فعل مقوي للجسم، والذي يبدأ الفرد التحسس به بعد ٧ إلى ٨ ساعات من تناوله، والذي يستديم لعشرة أيام، ومن هذا الفعل المقوي للجسم ينبع فعله المنشط للجنس.

\* ومن المهيئات المنشطة للجنس لكل من الذكر والأنثى استعمال حمامات خاصة، وما يلي ذلك من تطيب للمناطق الحساسة جنسياً، ولكل من الذكر أو الأنثى المطيبات اللائمه، ومن مواصفات هذه الحمامات أن يكون الماء دافئاً ويقترّب من الحرارة بما يكفي لخروج البخار منه، ثم تصب على الماء بعض الزيوت الممزوجة ببعض المواد العطرية منها: الفلفل الأسود، والهليل، والياسمين، وزهر البرتقال، وماء الورد، ويختار ما يتلائم منها مع الجنس ذكراً أو أنثى، وبالمقادير المناسبة لكل منهما.

\* ومن أكثر المنشطات للرغبة الجنسية انتشاراً ورواجاً هي العطور والروائح المختلفة، ومع أن هذه المستحضرات تغطي الروائح المنبعثة من الإفرازات الجنسية

الطبيعية والتي وجدت أصلاً لتخدم إذكاء الرغبة الجنسية، إلا أن العطور ما زالت تعمل كجاذب جنسي ومنشط للجنس، وهناك من هذه العطور ما حضر ليشابه في نكهته ورائحته الإفرازات الطبيعية في الإنسان أو حتى في بعض الحيوانات، وبعضها يتضمن بعض العناصر الكيماوية التي استخلصت من أنثى هذه الحيوانات والتي يعتقد بأن رائحتها هي التي تجلب انتباه الذكور وتثير فيها الرغبة الجنسية.

### المضادات الأفروديزية (المثبطة للجنس):

المواد والمستحضرات والعقاقير التي لها أن تثبط النشاط الجنسي عديدة، وهي لا تشمل فقط تلك التي تحدث تأثيرها حتى بمقادير قليلة ومنذ البداية، وإنما أيضاً تلك المستحضرات التي لها أن تكون منشطة بمقادير قليلة في البداية ثم تصبح ناهية عن النشاط الجنسي ومثبطة لقوته بمقادير زائدة، وفيما يلي طائفة من هذه المواد والمستحضرات والعقاقير:

\* للقهوة والشاي وعصير اللايم، والخل، والكافور، والليمون، ومركبات البرومايد المسكنة، والمستحضرات الحاوية على مادة فاليريان (Valerian) أن تكون مثبطة للجنس.

\* للمستحضرات الكحولية أن تكون منشطة للجنس إذا ما تم تناولها بمقادير صغيرة وذلك لأنها تخفف أو تزيل عوامل النهي عن العلائق الجنسية وخاصة في الإناث، إضافة إلى الفعل الناجم عن زيادة الدورة الدموية في أطراف الجسم بما في ذلك العضو التناسلي، غير أن الإسراف في تناول هذه المستحضرات الكحولية له أن يؤدي إلى عطل في الأداء الجنسي، وخاصة في الذكور، لما يمكن أن يصيبهم من عجز عن الإنتصاب، ولهذا العجز بدوره أن يحدث حالة من القلق في نفس الذكر، والذي له أن يدفعه إلى تنازل المزيد من الكحول لاحتواء القلق، وهو ما يزيد بدوره في ارتخاء القضيب، وهكذا دواليك، ولهذا الواقع أن يؤدي بالتالي إلى مزيج من الإدمان الكحولي والعطل الجنسي، هذا وتفيد بعض الدراسات بأن عطل الإنتصاب في الكحوليين يبلغ حوالي ٥٤ في المئة منهم، وهي نسبة تبلغ الضعف تقريباً بالمقارنة مع عطل غير الكحوليين، وفي دراسة أخرى تبين بأن ٦٣ في المئة من الكحوليين يعانون من مشاكل تتعلق بالجنس. وبما يقتضي التنويه به، هو أن حالة من الضمور تحدث في خصيتي أولئك الذين تعودوا على تناول الكحول لمدة طويلة، وإن هذا الضمور دائم البقاء، ولا يمكن الرجوع عنه



إلى حالة طبيعية، كما أن العطل الحادث يرتبط ليس فقط بالمقدرة على الإنتصاب وإنما أيضاً يشمل العطل في الرغبة الجنسية.

\* للمخدرات فعلها المدمر على النشاط الجنسي، وقد أفادت الأبحاث بأن المستحضرات الأفيونية لها أن تكون منشطة بمقادير قليلة، غير أن ذلك ينحصر في الإنتصاب، أما الإفراز المنوي والذروة فإنهما يتأخران كثيراً. وفي دراسة على مدمني الهرويين، تبين بأن حياتهم الجنسية ظلت طبيعية في الفترة السابقة للإدمان، أما بعد ذلك فإن ثلثيهم عانوا من ضعف في الدافع الجنسي، وأن ثلثيهم قد عانوا من تأخير في القذف المنوي، ونصفهم عانوا من ضعف في الإنتصاب، أما الكوكايين والذي اشتهر بأنه مادة مفيدة لإثارة الرغبة الجنسية وإطالة العلاقة الجنسية في متناوله، غير أن فعله المخدر ينقص من درجة الشعور بالجنس، ومن قوة الأداء، وذلك إضافة إلى سلبياته العديدة الأخرى.

\* ومن المواد الأخرى ذات التأثير على الحياة الجنسية المستحضرات القنابية (الحشيشة، والمروانا، وأمثالها)، وقد انتشر تناول هذه المواد لثلاث السنين، ومع ما اشتهر عن المستحضرات القنابية من فعل مثير للرغبة الجنسية والدوافع لها، والمتعة من الأداء الجنسي باستعمالها إلا أن الدراسات قد أفادت بأن ٢٠ في المئة على الأقل من متناولي هذه المستحضرات قد عانوا من العنة، كما أفادت بأن لتناول القنابيات أن يؤدي إلى نقص في هرمون التستسترون، وإنقاص إنتاج الحميمينات في الذكر، وإلى انقاص هرمون جوناودوترويين، وإحداث تغيير في الدورة الشهرية للأثني.

\* ومن المركبات التي انتشر تناولها خاصة في المجتمعات الغربية مركب امفيتامين المنشط. وتبين من الدراسات بأن تناول هذا المركب قد أدى إلى ظهور مشاكل جنسية في الذكور، وخاصة في الإناث، أما المركبات المهلوسة مثل (ل س د) فإن أقل من ١٥ في المئة من متعاطي هذه المركبات قد أفادوا بحدوث تنشيط جنسي عندهم بسبب تناولهم لهذه المواد. غير أن التأثيرات الجانبية لهذه المركبات لها أن تفوق فائدتها الجنسية المحدودة والعبارة.

\* وفيما يتعلق بالمركبات المؤثرة في العقل، فإن تأثيرها متفاوت وذلك حسب فعاليتها، فالعقاقير المعقولة عامة تحدث خفضاً عند المتناولين لهذه العقاقير في اهتمامهم الجنسية، كما أنها تحدث نيباً عن القذف المنوي، وتأخيراً في الوصول إلى الذروة، أما العقاقير المضادة للكآبة فإن لها أن تحدث فشلاً في القذف المنوي، وعطلاً في الإنتصاب، وأما العقاقير المهدئة (مضادات القلق) والمسكنة، فإنها على العموم ذات

تأثير سلبي على متناوليتها، وإن كان لمضادات القلق وبجرع قليلة أن تزيل النهي الجنسي مما له أن يذكي الطاقة الجنسية في كل من الذكر والأنثى، غير أن لتجاوز هذه الجرعة أن يؤدي إلى نتائج عكسية.

\* يعاني المصابون بالصرع من مشاكل جنسية والتي تنشأ أصلاً من فقدان الإهتمامات الجنسية، ويعزى هذا الواقع إلى فعل مضادات الصرع، غير أن هذا الإرتباط ما زال في حاجة إلى برهان.

\* ومن العقاقير الأخرى التي لها أن تؤثر سلباً على الحياة الجنسية لمتناوليتها هو مركب ديجوكسين المستعمل في علاج عجز القلب، والذي له أن يقلل من اهتمامات الفرد بالجنس ومن النشاط الجنسي، ومركب سمّتين والمستعمل كثيراً في علاج القرحة المعدية والإثنى عشرية والذي ما زال تأثيره على الحياة الجنسية غير واضح تماماً.

\* مضادات ضغط الدم: وقد أفادت الدراسات بوجود عطل في الإنتصاب في حوالي ٢٥ في المئة من الذين يعالجون بهذه المركبات، والمعتمد هو أن هذا العطل لا ينجم فقط عن تأثير هذه المركبات، وإنما يأتي أيضاً نتيجة لإنخفاض الضغط الذي يتسبب عن تناول هذه المركبات، وهو ما له أن ينقص من الدورة الدموية في القضيب، وهذا ويتباين لعل هذه المركبات تبعاً لصفها.

\* المدررات: والتي تستعمل عادة مع المركبات المضادة لضغط الدم، لها أن تضعف من قوة الإنتصاب، وأحياناً إلى حد العنة، إضافة إلى ضعف الإهتمام بالجنس من الذكور، واضطراب العادة الشهرية في الأنثى.

\* مركبات الباريتيوريت: والتي تستعمل كمنومات ومسكنات ومضادات للصرع، وعلى العموم فإن استعمال هذه المركبات يؤدي إلى خفض في القوة الجنسية، وأحياناً إلى العنة، أو فقداناً لاستجابة الذروة، غير أن بعض المتناولين يشعرون بانطلاقاً جنسية، وذلك نتيجة لفعل هذه المركبات الناهي عن النواهي الجنسية.

\* المضادات الكولونية: والتي تستعمل في علاج قرح الجهاز الهضمي والتهاب الكولون، والتي لها أن تقلل من احتقان الأوعية الدموية في القضيب مما له أن يسبب الضعف في توتر القضيب وإلى العنة في بعض الحالات.

## الفصل الحادي عشر

---

### العقاقير والجنس

- مقدمة.
- العقاقير المنشطة.
- مضادات ارتفاع ضغط الدم.
- العقاقير المعقلة.
- العقاقير المهدية.
- العقاقير المسكنة.
- المستحضرات الكحولية.
- مضادات الكآبة.
- مسكنات الألم.
- القنائيات.
- المهلوسات.
- العقاقير المنشطة للجنس.
- الهرمونات والجنس.
- عقاقير تجريبية جديدة.



## الفصل الحادي عشر :

### العقاقير والجنس :

#### مقدمة :

لعقاقير عديدة أن تؤثر في النشاط الجنسي لمتناولي هذه العقاقير لأعراض علاجية أو ترفيحية، ويتباين فعل هذه العقاقير على النشاط الجنسي، فمنها ما يؤثر سلباً على هذا النشاط، ومنها وهي القلة من العقاقير، والتي تؤثر إيجابياً على النشاط فتزده فوق ما هو عليه في الحالة الطبيعية، أو في حالات ضعف النشاط الجنسي، وفعل مثل هذه العقاقير في الحالين هو فعل غير أكيد على جميع متناوليها، وهو فعل يتفاوت بين فرد وآخر من متناولي هذه العقاقير وذلك تبعاً لإمكانيات الفرد البايولوجية والنفسية، ولظروف تناولها، ولقادير العقار المتناول، ومدة تناولها، وطريقة تناولها، كما أن هذا الفعل يتباين تبعاً للحالة الجنسية القائمة بالنسبة للمتناول لعقار أو آخر من هذه العقاقير، وقد يتضح مما يلي بأن العقاقير التي لها أن تكون مؤثرة سلباً أو معطلة لنشاط الجنسي هي أكثر عدداً وتنوعاً من تلك التي قد تتوافر فائدة منشطة على الجنس، كما أن تأثيرها السلبى يفوق في معظم الأحيان التأثير الإيجابى لتلك العقاقير التي تعتبر منشطة للجنس. وفيما يلي نتناول بشيء من التفصيل الفئتين من العقاقير: المعطلة منها، أو المنشطة للنشاط الجنسي.

## المواد والعقاقير المعطلة للنشاط الجنسي:

هناك عدة مجاميع من المركبات الدوائية والتي لها أن تحدث درجة أو أخرى من نوع أو آخر من أنواع ودرجات العطل الجنسي، ويمكن تقسيم حالات العطل الجنسي بدرجاته المختلفة إلى الأنواع التالية من العطل أو التأثير السلبي الواقع عليها، ولتناول هذه العقاقير أن يعاني من العطل في ناحية واحدة منها أو أكثر وبدرجات متفاوتة من المشاركة، وهذه الأنواع من العطل هي:

- ١ - خفض الرغبة الجنسية .
- ٢ - انقاص المقدرة على الإستجابة الجنسية بالإنتصاب والولوج .
- ٣ - ضعف أو تعطيل الإحساس بالذروة والمتعة .
- ٤ - شحة أو تعذر الإفراز المنوي والقذف .
- ٥ - التقليل من عدد المحاولات الجنسية عما كانت عليه سابقاً .
- ٦ - تزايد الصعوبة في إحداث استثارة جنسية جديدة بعد دور الذبول من علاقة جنسية منتهية .

وفيماء يلي المستحضرات والعقاقير التي لها أن تحدث عطلاً جنسياً من نوع أو آخر مما سبق بيانه أعلاه:

### هرمونات:

مع أن لهرمونات الأندروجين، وخاصة تستسترون، أن تكون ذات فائدة إيجابية في علاج حالات العطل الجنسي في الذكور إذا تبين بأن مقادير هذا الهرمون قد نقصت عن حدودها الطبيعية، إلا أن تناول هذا الهرمون له أن يسبب عطلاً جنسياً إذا ما تم تناوله في حالات لا تتوافر فيها بيئة عن انخفاض نسبه في الجسم، إضافة إلى احتمال حدوث تأثيرات سلبية أخرى، خاصة في المسنين، مثل سرطان البروستات والأدوما، واليرقان، وعطل الكبد، وتوقف إنتاج الحميميات، والعنة، ولاستعمال المواد الستيرويدية البنائية كالتى يتناولها بعض الممارسين للألعاب الرياضية، فإن لهذا التناول أن يكبت إنتاج هرمون التستسترون مما قد ينجم عنه عطل في الطاقة الجنسية، وفي قوة الإنتصاب، والتقليل من حجم الخصيتين، والنقص في الحميميات، ومن هذه العقاقير المؤثرة هي عقار Norethandrolone وعقار Methandrostenolone .

\* وهناك مواد مضادة لهرمونات الأندروجين والتي اصطلح عليها بمضادات

الأندروجينات والتي لها أن تثبط كثيراً من الطاقة والأداء الجنسي، والتي يجري استعمالها لخفض الشبق الجنسي، وخاصة في الذين يرتكبون الجرائم الجنسية، والمعتقد أن هذه المركبات تحدث تأثيرها النهائي عن الجنس عن طريق فعلها المخصص على نواة الهايبوثالموس في الدماغ، ومع أن هذه العقاقير لها أن تحدث تعطيلاً كاملاً للنشاط الجنسي، إلا أن هذا التعطيل يزول بسرعة بعد إيقاف تناولها، ومن أكثر هذه العقاقير استعمالاً لغرض النهي عن النشاط الجنسي هو مركب Cyproterone acetate، ومركب medroxy progesterone acetate.

\* هرمونات بروجستين Progestins والتي تستعمل عادة في الإضطرابات التناسلية للأُنثى، وهناك بينات بأن هذا الهرمون يؤدي إلى نقص في الرغبة الجنسية، وإلى العنة في الذكور، ومن مستحضرات هذا الهرمون المستعملة مستحضر Gestonor-one caproate ومستحضر hydroxy progesterone.

\* هرمونات استروجين estrogen، والتي تستعمل في الذكور لعلاج سرطان الثدي والبروستات، والمعروف أن لهذا الإستعمال أن يسبب نقصاً في الرغبة الجنسية في الذكور، غير أن لهذا الهرمون أن يسبب في بعض الإناث زيادة في النشاط الجنسي، كما له أن يؤدي في بعضهن إلى انخفاض في هذا النشاط.

\* وفيما يتعلق بمواد الكورتكوستيرويدز Corticosteroids والتي تستعمل على نطاق واسع في حالات مرضية عديدة، فإنه لا تتوافر حتى الآن بيانات مفيدة عن تأثير هذه المركبات على النشاط الجنسي في كلا الجنسين.

### مضادات ارتفاع الضغط الدموي:

تحدث هذه المركبات فعلها العلاجي عن طريق انقاصها للإثارة العصبية السمبثاوية للأوعية الدموية الشريانية والوريدية، ومن هذه المركبات التي لها أن تحدث تأثيراً خافضاً للنشاط الجنسي هي:

١ - المدررات مثل: مركبات (Thiazides و Spiromolactone) ولكل من المركبين أن يحدث نقصاً في الرغبة الجنسية، وعطلاً في الإنجاب.

٢ - مركب Methyldopa والذي يستعمل في علاج مرض باركنسون (الشلل الإهتزازي)، والذي يعرف بأنه يسبب انقاصاً للرغبة الجنسية، وعطلاً في كل من عملية الإنجاب والقذف المنوي، ويفسر هذا العطل بأنه مسبب جزئياً عن إقفال

الإثارة السمبثاوية، ومن جانب آخر عن طريق تحويل الدم بعيداً عن القضيب نتيجة للفعل العام الموسع للأوعية الدموية في الجسم لهذا المركب.

٣ - مركب Clonidine وهو أيضاً يحدث فعلاً خافضاً للرغبة الجنسية والإنتصاب، والمعتقد أن هذا التأثير يأتي نتيجة لفعل مثبط في مراكز الدماغ، والذي يؤدي إلى تحويل الدم بعيداً عن القضيب نتيجة لفعل هذا المركب الموسع للأوعية الدموية في الجسم عامة.

٤ - مركب Propranolol (انديرال Inderal)، والذي تبين بأن له أن يحدث نقصاً في الطاقة الجنسية، وعطلاً في الإنتصاب، ويحدث فعل هذا المركب عن طريق تأثيره على الجهاز السمبثاوي مما يؤدي إلى انقاص سيل الدم للقضيب، هذا ولا يحدث مثل هذا التأثير إلا في حالات تناول مقادير كبيرة من المركب ولمدة طويلة.

٥ - مركب Nadolol وفعله مشابه لفعل Propranolol المشار إليه أعلاه.

٦ - مركب Reserpine، والذي ارتبط تناوله بنقص الطاقة الجنسية، ويعطل الإنتصاب، وتعدر القذف، وجميع أنواع هذا العطل تحدث في المتناولين بنسبة كبيرة تتراوح بين ١٠ إلى ٤٦٪، والمعتقد أن فعل هذا المركب يأتي عن طريق إبعاد الدم عن القضيب.

٧ - مركب Guanethidine (Ismeline)، وفعله مشابه لفعل Reserpine من حيث تأثيره على النشاط الجنسي، وكيفية إحداث هذا التأثير.

٨ - وهناك مركبات أخرى مضادة للضغط لها مثل هذه التأثيرات الناهية للنشاط الجنسي ومنها مركب Prazosin ومركب Phenoxybenzamine.

### العقاقير المؤثرة في العقل :

الكثير من العقاقير المؤثرة في العقل والمستعملة حالياً هي ذات أصول في الطبيعة، وقد تم استعائها منذ عهود قديمة في التاريخ ولغرض أو آخر من الأغراض العلاجية والترفيهية، والذي حدث في العصر الحاضر وخاصة خلال النصف الثاني من هذا القرن هو التزايد المستمر في عدد وتنوع العقاقير والمستحضرات المؤثرة في العقل، ومعظمها قد صنع من مواد طبيعية أو حضر كيميائياً، ومع أن لهذه المستحضرات والمركبات العقاقيرية فعلها الإيجابي على الكثير من الحالات المرضية، وحتى بعض الفعل الإيجابي على النشاط الجنسي في بعض الناس. إلا أن لبعض هذه المواد أن تؤثر تأثيراً



سلبياً على النشاط الجنسي، في ناحية أو أكثر من نواحي هذه الحياة، وبالنظر للتزايد الكبير في أنواع هذه المواد من مستحضرات وعقاقير وفي استعمالها الطبية وغير الطبية وما يرتبط بهذه الإستعمالات من سوء الإستعمال في الكثير من الحالات، فإن خطر التأثير على الحياة الجنسية قد أصبح اليوم أكثر من أي وقت مضى نتيجة لذلك، إضافة إلى ما تحمله هذه المستحضرات والعقاقير من احتمالات إحداث أعراض جانبية أخرى لها بدورها أن تسبب آثاراً سلبية على الحياة الجنسية. وفيما يلي أهم هذه المستحضرات والركبات والتي يمكن تصنيفها إلى الفئات التالية:

### ١ - العقاقير المعقلة:

معظم هذه العقاقير قد تم تركيبها في النصف الثاني من هذا القرن لغرض استعمالها في الأمراض العقلية، ولهذا العقاقير أن تحدث تأثيراً على النشاط الجنسي وذلك نتيجة لتأثيرها على نواة الهايبوثالموس في الدماغ، وما ارتبط بهذه النواة في محور الهايبوثالموس - النخامي - الغددي، وهو تأثير ناهي مثبط، كما أنه يأتي نتيجة لفعل هذه العقاقير على التغذية العصبية للأعضاء الجنسية، وفعلها المحول للدم بعيداً عن الأعضاء التناسلية، ومن أكثر العقاقير تأثيراً سلبياً على النشاط الجنسي هو مركب Thioridazine (مللريل)، والذي له في بعض المتنايلين أن يحدث عطلاً في القذف المنوي، ونقصاً في الطاقة الجنسية، ونهياً عن الإنجاب وعن الذروة الجنسية، أما بقية مركبات الفينوثايزين فإن فعلها المؤثر والمثبط للنشاط الجنسي في جميع أدواره هو فعل أقل تأثيراً سلبياً من مركب Thioridazine.

### ٢ - العقاقير المهدئة:

العقاقير المهدئة مثلها مثل العقاقير المعقلة، هي في معظمها مركبات من اكتشافات النصف الثاني من هذا القرن، وهي تحدث فعلها المخصص على القلق عن طريق تأثيرها على الجهاز العصبي الناهي في الدماغ، وذلك بإسناد فعل هذا الجهاز، وهي لذلك مركبات مثبطة للجهاز العصبي المركزي، كما أن لها أن تسبب النوم أو النعاس، أو الإرتخاء، ونتيجة لهذا الفعل الناهي والمثبط، فإن لهذه المركبات أن تؤدي إلى هبوط في الرغبة وفي الأداء الجنسي، ومع أن لتناول بعض هذه المركبات وخاصة من مجموعة مركبات البنزوديازيبين، أن يؤدي إلى إذناء الرغبة الجنسية نتيجة لما لهذه المركبات أن تحدثه من إزالة للقلق الناهي عن النشاط الجنسي، إلا أن التأثير السليبي لهذه المركبات على النشاط الجنسي، خاصة نتيجة للتناول بمقادير كبيرة ولمدة طويلة من

الزمن، هو الفعل الغالب لهذه المركبات، فمثل هذا التناول المفرط أن يحدث تثبيطاً للأرجاع العصبية في النخاع الشوكي، أو ارتخاءً في العضو التناسلي، ومن أكثر هذه العقاقير المهدئة تأثيراً سلبياً على النشاط الجنسي هو مركب Chlordiazopoxide والذي يعرف تجارياً بإسم لبريوم Librium.

### ٣ - العقاقير المسكنة:

من هذه العقاقير مركبات Meprobamates والتي شاع استعمالها كمسكنات ومنومات ومضادات للقلق في الخمسينات من هذا القرن، غير أن استعمالها قد قل أو انعدم في معظم الأقطار في الوقت الحاضر بسبب آثارها الجانبية الضارة، أو نتيجة لاكتشاف مركبات البنزوديازيبين، وقد تبين بأن استعمال هذه المركبات له أن يسبب تثبيطاً للنشاط الجنسي نتيجة لفعلها المثبط على الإنعكاسات العصبية للنخاع الشوكي الظهري، وخاصة في الذين يتناولون الكحول أيضاً في نفس الوقت.

ومن العقاقير المسكنة الأخرى مركبات الباربيتوريت، والتي لها فعل مثبط للجهاز العصبي المركزي، والمعروف أن هذه المركبات تحدث في بداية التناول تأثيراً منشطاً للرجبة الجنسية، غير أن تأثيرها في نهاية التناول هو تأثير مثبط، وخاصة في عجز الفرد على المحافظة على انتصاب القضيب، والعقار المسكن الآخر، والذي ارتبط بالنشاط الجنسي هو مركب Methaqualone (quaalude)، فقد ادعي بأن لهذا المركب فعلاً منشطاً للنشاط الجنسي، والذي فسر بأنه نتيجة لفعل هذا المركب المزيل للقلق المرتبط بالجنس، وتفيد البينات بأنه أكثر تأثيراً في الإناث منه في الذكور، وبالنظر لما يرتبط بهذا المركب من احتمالات كبيرة للإدمان وما له من أعراض جانبية، بما في ذلك المجال الجنسي على صورة تدهور في الأداء الجنسي وفي الدوافع الجنسية عند الذكور خاصة، فإن استعماله قد بات محفوفاً بالمخاطر.

### ٤ - المستحضرات الكحولية:

المستحضرات الكحولية ربما كانت أقدم المستحضرات المؤثرة في المزاج والعقل، وهي بصورة عامة مستحضرات مثبطة للجهاز العصبي، وإن كان لها في بداية التناول أن تذكى الرغبة الجنسية، غير أن الاستمرار في التناول سرعان ما يخلق حالة من التثبيط في الأداء الجنسي، والمعروف أن المستحضرات الكحولية إضافة إلى فعلها المثبط للمراكز العصبية المركزية في الدماغ، فإنها تحدث تثبيطاً للمراكز العصبية في النخاع الشوكي، وهو ما يحدث نقصاً في الأحاسيس، وخفضاً في التغذية العصبية اللازمة

للإنتصاب القضيب، كما أن لهذه المستحضرات أن تنقص من مستويات هرمون التسترون في مصل الدم، وهو ما له أن يخفض من الإستجابات الجنسية، ومن أسباب نقص هرمون التسترون في الدم هو أن بعضه يتحول إلى هرمونات الأستروجين estrogen الأنثوية، ونتيجة لهذا التحويل فإن الكحولي يعاني من زيادة في منسوب الإستروجينات، أو ما اصطلح عليه (hyperstrogenemia)، كما يبدو عليه مظاهر التأنث مثل تضخم الثديين، والعقم، وعطل الإنتصاب، ونقص الطاقة الجنسية، والعنة بصورة عامة، وهي أعراض يصاب بها الكحوليون عادة وبنسبة غير قليلة، ومثل ما يحدث في الكحوليين من الذكور يحدث أيضاً للإناث المتناولات للمستحضرات الكحولية بمقادير مفرطة، فهن يظهرن نقصاً في الأحتقان الدموي في الفرج وعطلاً في الذروة (اقرأ الفصل الخاص بالعلاقة بين الكحول والجنس).

#### ٥ - مضادات الكآبة:

العقاقير المضادة للكآبة هي في معظمها عقاقير حديثة من اكتشاف وتركيب النصف الثاني من هذا القرن، وتنتمي إلى هذا الصنف من المركبات عدة مجاميع كيميائية والتي تتباين في قليل أو كثير في تركيبها الكيماوي، وفي فعاليتها، وفي مؤثراتها الجانبية، وتفيد الدراسات بأن من التأثيرات الجانبية المحتملة لمضادات الكآبة هو تأثيرها المثبط على النشاط الجنسي والذي يظهر على صورة نقص في الدافع الجنسي وفي الإنتصاب وفي القذف المنوي، غير أنه يقتضي أن يؤخذ بعين الاعتبار أن الكآبة نفسها تحدث درجات مختلفة من التأثير السلبي على النشاط الجنسي، ولهذا يقتضي التفريق بين ما هو من فعل الكآبة، وما هو من فعل مضادات الكآبة، ويشمل فعل التثبط للنشاط الجنسي كلاً من المركبات الحلقية، والمركبات الناهية لمونامين أوكسديز، ومن مظاهر هذا التأثير النهي عن الإنتصاب، وعطل الحصول على الذروة في كل من الذكور والإناث، هذا وتزول هذه التأثيرات بعد فترة من التوقف عن تناول، ومع زوال أعراض الإكتئاب، أما مركب الليثيوم والذي يستعمل في علاج المانيا وعلاج الإكتئاب ثنائي القطب (الكآبة التي تتوالى مع المانيا (الموس) فإن المعروف أنه يؤدي إلى تناقص في الرغبة الجنسية، وإلى عطل في الأداء الجنسي في مختلف أدوار الإستجابة الجنسية.

#### ٦ - مسكنات الألم المخدرة:

تتوافر مستحضرات عديدة مشتقة أو مصنعة أو مركبة من الأفيونات، ومعظم هذه المركبات تحدث انخفاضاً في الطاقة الجنسية، كما تحدث العنة، والتأخير في

القفذ، أو القذف السابق لأوانه، والمعتقد أن طريق الفعل النهائي لهذه المركبات يأتي نتيجة لإنقاص هذه المواد للهرمون اللوتي وما يلي ذلك من هبوط في مقادير هرمون تستسترون، فالنقص في الهرمون الأول ينقص من الدافع الجنسي، بينما النقص في الهرمون الأخير يؤدي إلى العنة (عطل الإنتصاب). ومن المستحضرات الأفيونية المخدرة والمؤثرة في الحياة الجنسية هي: المورفين والهيروين وميثادون.

#### ٧ - القنبايات:

هذه مجموعة من المستحضرات المستخلصة من النباتات التي تصنع منها خيوط القنب، وقد استعملت هذه المستحضرات (من الساق والأوراق والبراعم) لقرون عديدة لأغراض ترفيهية في أقطار عديدة، ومن أشهر هذه المستحضرات الحشيشة والهيروانا، والكيف، وغيرها من الأساء، ومع أنه ارتبط بهذه المستحضرات الاعتقاد بأن تناولها يؤدي إلى إذكاء النشاط الجنسي، إلا أن هذا التأثير إن حدث فإنه نتيجة لتعاطم التجربة الحسية التي يحدتها المستحضر، إضافة إلى توقعات الفرد، غير أن التناول المزمّن لهذه المستحضرات يؤدي في معظم المتناولين إلى انقاص الدافع الجنسي وإلى عطل في الأداء الجنسي.

#### ٨ - المهلوسات:

المهلوسات هي مستحضرات نباتية (من الصبير والفطر)، وبعضها مصنع من مصادر طبيعية أو مركب كيميائياً، وهذه المستحضرات كانت وما زالت تستعمل في العديد من البلدان منذ مئات السنين لأغراض ترفيهية، وفي طقوس العبادة الدينية أو الإحتفائية، وتشترك في هذه المستحضرات في أنها تحدث في متناولها تجارب حسية هلوسية خاصة في مجال البصر. وفيها يتعلق بتأثير هذه المواد على الحياة الجنسية فإن الينيات تتفاوت بين تأثيرها المثبط على الأداء الجنسي، وبين ما يفيد بأنها تذكّي الرغبة الجنسية، وتسهل النشاط الجنسي، وذلك عن طريق تسريعها للإتصال بين الشريكين في العلاقة الجنسية، وتنشيطها للمشاعر العاطفية، ومن المستحضرات المشهورة من المهلوسات هي: مسالكين Mescaline ومركب LSD، والتي انتشر استعمالها في المجتمع الأمريكي في الستينات من هذا القرن، غير أن هذا الإستعمال قد انخفض كثيراً منذ ذلك العقد من الزمن ثم عاد يتزايد مؤخراً.

#### ٩ - العقاقير المنشطة:

هذه المجموعة من العقاقير تنشط الجهاز العصبي المركزي، كما أن لها فعل مقلد

للجهاز السمبثاوي، ومن جملة هذه العقاقير مركب امفيتامين، والعقاقير الأخرى المقاربة له، ولهذا العقار أن يحدث تأثيراً على عدد من المواد الناقلة العصبية في الدماغ والتي ينجم عنها زيادة في الدافع الجنسي، غير أن لهذه الزيادة أن ترتبط بحدوث العنة، وتأخير القذف في الذكور، وتأخير الذروة في الإناث، ومن العقاقير المنشطة الأخرى مستحضر الكوكايين، والذي له فعل على النشاط الجنسي يماثل فعل مركب الأمفيتامين، وتفيد الأبحاث بأن لهذا المستحضر تأثيرات سلبية وأخرى إيجابية، فهو من ناحية يذكي الدافع الجنسي غير أنه في النهاية يحدث انقاصاً في قوة الانتصاب، ومن هذه المواد المنشطة أوراق القات، والتي يحدث مضغها تأثيرات مثبطة على الرغبة وعلى الأداء الجنسي خاصة على المدى الطويل للإستعمال.

## ١٠ - عقاقير أخرى:

هناك عقاقير أخرى عديدة ترتبط أحياناً بتأثيرات مثبطة على النشاط الجنسي، ومن هذه مركب Cimitidine (تاجمت Tagamet)، والذي يستعمل بصورة واسعة في علاج القرحة المعدية والإثني عشرية، والمعتقد أن هذا المركب يحدث فعلة الجنسي المعطل عن طريق تأثيره المضاد للأندروجين، وأكثر ما يحدث من تأثير على النشاط الجنسي نتيجة لاستعماله هو إنخفاض الطاقة الجنسية، وعطل الانتصاب، وهي أعراض تزول خلال أسبوعين تقريباً من التوقف عن تناول، والمركب Digoxin والذي يستعمل في علاج فشل القلب الإحتشائي، أن يحدث نقصاً في الرغبة الجنسية (٣٦٪)، وعطلاً في الانتصاب (في ٥ - ١٤٪) وتناقص في عدد اللقاءات الجنسية (٦ - ١٤٪)، ويعزى هذا التأثير السلبي إلى الفعل المشابه لهرمون estrogen الذي يحدثه هذا المركب، ومن المركبات ذات الفعل المعطل بسرعة للنشاط الجنسي هو مركب methanthelin، وهو من المركبات المضادة الكولونية، والذي له فعل مضاد لتشنج العضلات الباطنية، كما أنه يحدث عنة سريعة في جميع متناوليها، والتي تزول حال التوقف عن استعماله.

ومن المستحضرات الأخرى التي لها تأثير معطل على النشاط الجنسي هي التبوغ، فالتدخين المفرط يقلل من سيل الدم للقضيب ويحدث بالتالي عطلاً في الانتصاب، ومنها أيضاً المستحضرات المبيدة للحشرات والأعشاب، والتعرض لغاز Nitrous oxide، وللمستحضرات المضادة الحيوية أن تحدث التهابات ثانوية في الفرج مما له أن يجعل الجماع عسيراً على الأنثى، وأخيراً فإن للعقاقير المستعملة في علاج السرطان أن تؤدي

إلى عطل وظيفي في الغدد الجنسية في كل من الإناث والذكور، وإلى تضخم الثدي والعنة في الذكور.

ومن العقاقير التي لها أن تثبط الرغبة أو الأداء الجنسي هي : ١ - العقاقير المضادة لمرض ياركنتسون، ٢ - بعض العقاقير المضادة للصرع، ٣ - العقاقير المضادة للتقيؤ أو دوار السفر.

### العقاقير المنشطة للجنس :

العقاقير المنشطة للجنس هي تلك العقاقير القادرة على تنشيط الرغبة الجنسية أو الأداء الجنسي، أو الحالتين معاً، وبعض هذه العقاقير (والتي سبق وتناولناها في الفقرات الخاصة للعقاقير المثبطة للجنس)، لها أن تحدث تنشيطاً في بداية فعلها، ثم ينتهي الفعل بتشبيطها للنشاط الجنسي، أو أن لها أن تقوي من الدافع الجنسي وأن تقلل من الكفاءة في الأداء الجنسي في آن واحد، وفيما يلي بعض العقاقير التي تتوافر عنها بيانات تفيد بفائدتها في إحداث تأثير إيجابي على ناحية أو أخرى من النشاط الجنسي.

### ١ - مركبات النايترات الطيارة :

ومن هذه مركب أميل نايترات (Amyl nitrite)، ويستعمل البعض هذه المركبات لأذكاء القوة الجنسية، وهي في تجربة بعض المتناولين لها أن تزيد في فترة الذروة أو في الإدراك الشعوري لها، هذا ولا تعرف طريقة فعل هذه المركبات، ومن التفسيرات أن ذلك يأتي عن طريق إحداث شحة في سيل الدم في الدماغ، ومن سلبيات هذه المركبات أن لاستنشاقها في الوقت غير الملائم أن يؤدي إلى ذبول القضيب المنتصب.

### ٢ - مركب بروموكربتيتين : Bromocriptin:

هذا المركب هو أحد المركبات الناهية للناقل العصبي (دوبامين)، وقد أفادت الدراسات بأن لهذا المركب أن يحدث فائدة إيجابية في علاج العنة، وخاصة في الحالات التي ترتبط (بفرط البرولاكتين في الدم)، وفي أولئك الذين يعانون من الضعف الجنسي في المرضى الذين يعالجون لمرض عجز الكلى بتصفية الدم.

### ٣ - مركب ليفودوبا : Levo dopa:

هذا المركب هو مركب سلفي للناقل العصبي دوبامين، والدلائل قليلة على جدواه العلاجية في العنة التي يعانها المصابون بشلل اهتزازي (مرض باركنسون)،

وأكثر ما تحدث الفائدة في هؤلاء هو أثناء وجود الأعراض الباركنسونية، وبما يقتضي التنويه به هو أن فعل هذا المركب هو أكثر تأثير إيجابياً بكثير في الأداء الجنسي للحيوانات منه في الإنسان، وهي ظاهرة ما زالت تحتاج إلى تفسير.

#### ٤ - المواد الفيرومونية: Pheromones:

الفيرومونات هي مواد تفرزها الحيوانات والحشرات، والتي تجذب إليها عن طريق حاسة الشم، الحيوانات والحشرات من الجنس المعاكس، وقد أفادت البحوث بأن إفراز الأنثى لهذه المواد له أن يجذب بقوة الذكر وألقيام بالأداء الجنسي، وفي ما يتعلق بالإنسان قد تبين بأن من المواد التي يفرزها فرج الأنثى مقادير قليلة من هذه الفيرومونات، كما تبين بأن عرق الذكور يحتوي على مادة فيرومونية (الفا اندروستيول (Alpha androstenol) والتي لرائحتها أن تجذب وتثير الأنثى جنسياً.

#### ٥ - مستحضر يوهامبين: (Yohimbine):

مستحضر يوهامبين بشكل أو آخر هو من أكثر المستحضرات التي يلجأ إليها المعانول للعة أو لضعف النشاط والكفاءة الجنسية، سواء تم الإستعمال بوصفة طبية أو بوصفة ذاتية، واسم المستحضر مشتق من شجرة يوهبم Yohimb والتي يستخلص المستحضر من قشرتها، وهي شجرة تنبت في أمريكا الجنوبية، وقد دأب الهنود الحمر منذ مئات السنين على تناول هذه القشرة على صورة حساء يشربونه، أو عن طريق تناولها كطعام يأكلونه، وهم يفيدون بأن هذا التناول ينشط من طاقتهم الجنسية، ويحسن من أدائهم الجنسي، وقد أفادت التجارب على مستحضر اليوهامبين على شكله الصافي بأن تناوله يزيد من سيل الدم في القضيب ويقلل من تسرب الدم منه، وهو ما له أن يؤدي إلى زيادة الإحتقان فيه وما يصاحب ذلك من توتر وانتصاب، وقد أجرى العديد من الباحثين دراسات تهدف إلى التحقق من جدوى هذا المستحضر، ومعظم هذه الدراسات تفيد بأن لتناوله لمدة أسبوعين أو ثلاثة أن يحدث استجابة جيدة في حوالي ٥٠٪ من الذين تناولوه لمعالجة عنة ناجمة عن الإصابة بمرض السكري، أو العنة الناجمة عن أسباب نفسية، ويفضل دائماً استعمال المركب بشكله الطبيعي، وعلى صورة حبوب بجرعة ٤, ٥ (ملغم) لكل حبة، ثلاث مرات يومياً، وبالنظر لاحتمال حصول أعراض جانبية نتيجة لهذا الإستعمال، ومن ذلك ارتفاع ضغط الدم، وتسارع نبض القلب، والإنفعالية العصبية، فإنه يقتضي رصد مثل هذه الأعراض وتقليل الجرعة المتناولة إلى النصف وحتى زوال هذه الأعراض، وينصح بتجنب التناول أثناء تناول

الفرد للمهدئات أو العقاقير المنومة، أو إذا كان الفرد معانياً لعطل في الكلى، ومن ناحية أخرى فإن هنالك من الأطباء من لم يجد فائدة من هذا التناول، وهم يعزرون أية فائدة حادثة إلى فعل نفسي ناتج عن توقعات الفرد من أي مادة اعتقد بأنها ذات فائدة لحالته المرضية مهما كان مصدر هذا الاعتقاد.

## الهرمونات والجنس :

الهرمونات ذات العلاقة المباشرة بالحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى هي الأندروجينات في الذكور، والأستروجينات، وإلى حد ما، الأندروجينات في الإناث.

إن هرمون تستسترون هو الهرمون الأندروجيني الرئيسي في الذكور، فإن كان إنتاج هذا الهرمون ضمن الحدود الطبيعية ضمن ذلك إلى درجة كبيرة الأداء الجنسي الطبيعي، أما نقص الهرمون أو انخفاض مستواه فإنه يقلل النشاط الجنسي وله أن يسبب العنة، ومن الواضح أن تناول الفرد لهذا الهرمون في حالة نقصه له أن يزيد من قوته الجنسية، غير أن تناوله في حالة توافره الطبيعي في الجسم فإنه لا يزيد من قوته الجنسية، وعلى العكس، فإن تناول هرمونات الأندروجين من مصادر خارجية بما فيها هرمون تستسترون له أن يؤدي إلى كبت المحور الهرموني - التالي - النخامي - الغدي في الذكور، ولهذا أن يؤدي إلى ضمور الخصيتين، والنقص البالغ في إنتاج الحميمينات، وذلك في حالة تناوله بمقادير معتدلة أو مفرطة وبصورة مزمنة، وللمتناول لهرمونات الأندروجين أن ينمي الثديين، ذلك أن بعض الأندروجين المتوافر في الدورة الدموية يتحول إلى هرمون استروجين (الأنثوي)، كما أن لتناول الفرد مركبات الستيرويدز الإبتنائية والتي لها خصائص أندروجينية ضعيفة أن تسبب عقماً في متناولها بمقادير كبيرة، كما هو الحال في الرياضيين، أما في الإناث فإن تناول هرمون الأندروجين (هرمون الذكر) فإنه يحدث زيادة في النشاط الجنسي عندهن، وإذا ما تم تناوله بمقادير مفرطة فإنه يحدث في المتناولة مظاهر ذكرية، مثل نمو الشعر على الوجه والجسم والأطراف، وظهور العد (حب الشباب) على الوجه، وتضخم البظر، إضافة إلى احتباس الصوديوم في الجسم، وللمرأة الحامل التي تتناول هذا الهرمون أن يؤدي تناولها إلى تراجل جنينها إذا ما حدث التناول في الوقت المناسب وللمدة اللازمة وبالجرعة اللازمة.

إن الهرمون الآخر (استروجين) وهو الهرمون السائد في الأنثى فإن استعماله في الذكر (وهو يستعمل في علاج سرطان البروستات)، له أن يؤدي إلى تحطيم القوة



الجنسية وإلى تسبب العنة، ويعزى ذلك إلى أن تواجد هذا الهرمون في الذكر بمقادير كافية له أن ينهي عن إنتاج هرمون تستسترون الذكري، كما أن لهرمون استروجين أن يؤدي إلى الإخلال بانتاج الحيمينات وإلى إنقاص الشعر في رأس الذكر وجسمه، وإلى ظهور ما يشبه الثديين، أما في الأنثى فإن تناولها للإستروجين لا يؤثر على طاقتها الجنسية سلباً أو إيجاباً إذا كان مستوى الهرمون طبيعياً، أما إذا تناولته وهي في حالة نقص من هذا الهرمون فإن لذلك أن يرطب فرجها وأن ينشط غشائه وأن يحافظ على نشاط وكتلة ثديها.

هناك بعض المستحضرات التي تعمل كمركبات مضادة للأستروجينات، ولتناول هذه المواد أن يؤدي إلى انقاص هرمون تستسترون وما لذلك أن يسببه من تعطيل للإنتصاب في الذكر، وإضعاف الذروة وتقليل إنتاج الحيمينات، ومن هذه المستحضرات (مركب سايبروترون استيت)، والذي يستعمل في علاج حالات الإنحراف الجنسي في الذكور، ومنها أيضاً مركب (مدروكسي بوجسترون) والذي يستعمل في علاج حالات البلوغ المبكر، والسلوك الجنسي الشاذ.

وفيا يتعلق الأمر بمركبات كورتكوستيرويدز (هرمونات الغدة الكظرية) والتي تستعمل الآن على نطاق واسع في علاج الكثير من الحالات المرضية، فإن تأثيراتها الجنسية ما زالت غير مدروسة تماماً، غير أن هناك بعض البيئات التي تفيد بأن تناول الفرد لجرعة ٣٠ ملغرام يومياً من هذه المواد له أن يؤدي إلى انقاص إنتاج الحيمينات، كما له أن يؤثر على المبيضين أيضاً، ولتناول مركبات الكورتكوستيرويد، أن يزيد من مستوى السكر في الدم وأن يحدث مرض السكري في المؤهلين لذلك، وله أن يؤدي إلى الضعف والضمور العضلي، وإلى الإكتئاب، وغير ذلك من الإضطرابات العقلية، وكلها آثار جانبية لها أن تؤثر في النشاط الجنسي في كل من الذكر والأنثى.

### عقاقير تجريبية جديدة:

هناك مجموعتان من المواد العلاجية التي تجري تجربتها في حالات العطل الجنسي في الذكور، وهي:

أولاً: مجموعة المواد المضادة الأفيونية Opiate antagonists.

ثانياً: المواد الشادة للدوبامين Dopamine agonists، وفيما يلي خلاصة لما تمخض حتى الآن من نتائج حول التجارب العلاجية لهاتين الفئتين من المواد.

## المواد المضادة للأفيونيات :

بني استعمال هذه المواد في حالات العطل الجنسي على الملاحظة بأن المركبات الأفيونية والمركبات الشادة منها (**opiate agonists**) تؤدي إلى تثبيط النشاط الجنسي، وقد بات من البديهي محاولة إذكاء الرغبة الجنسية والفعالية الجنسية عن طريق استعمال مواد مضادة للفعل الأفيوني بما في ذلك العطل الناتج عن المواد الأفيونية الذاتية التي تنتجها الخلايا الدماغية بصورة طبيعية (Endorphines)، وقد جرت تجربة هذا العطل في الحيوانات أولاً ثم في الإنسان بعد ذلك، ويجري استعمال مادة naloxone ومادة naltrexone لهذا الغرض، وقد أفادت نتائج هذا الاستعمال خاصة لمركب naltrexone بحدوث تحسن كبير في انتصاب المصابين بعطل جنسي (الانتصاب التلقائي، والانتصاب الصباحي، وعدد الممارسات الجنسية) وذلك بالمقارنة مع أولئك الذين تناولوا مواد تمويهية، وتفسر هذه النتائج بأن بعض المصابين بعطل جنسي يملكون مسارات مركزية نشطة أفيونية تؤدي إلى فعاليتهم الجنسية، خاصة في أولئك الذين يعانون من عطل جنسي نفسي المنشأ، وأن إعطاء هؤلاء مركبات دوائية مضادة أفيونية يؤدي إلى سد المستلمات الأفيونية وبالتالي ابطال الفعل الناهي والمثبط للمواد الأفيونية الذاتية.

## المواد الشادة للدوبامين : Dopamine agonists:

لاحظ بعض الباحثين (Benossi - Benilli) و (Lal, Schlatter) ١٩٧٢ و (١٩٨٤)، بأن إعطاء مركب (Aponsorphine) وهو مركب شاد لمستلمات دوبامين يزيد من انتصاب متناولييه في كل من الحيوان والإنسان، وأفادت التجارب حتى الآن بأن فئة فرعية من حالات عطل الانتصاب في الذكور تستجيب لاستعمال هذا المركب، غير أن هذه الإستجابة قصيرة الزمن، كما أن تناول المركب يعاني نتيجة لتناوله من أعراض جانبية (الثاؤب، الدوخة، الغثيان، ووهج الجلد)، أما المركب الثاني المشاد للدوبامين والذي جرت تجربته فهو مركب برومكربتينو، وهو مركب Bromoriptine وهو مركب أطول زمناً في فعاليته من مركب (Apomorphine)، وقد أفادت التجارب حتى الآن بفائدته الإيجابية في تحسين الانتصاب في المصابين بالعنة خاصة أولئك الذين يعانون من فرط البرولاكتين (hyperprolactinamia).

## خلاصة للعقاقير التي لها أن تحدث عطلاً جنسياً:

العطل الجنسي		العقار
عطل الإنتصاب	عطل القذف	
		١ - العقاقير المستعملة للأمراض العقلية
		١ - مضادات الكآبة الحلقية:
+	+	imipramine (Tofranil)
+	+	Protriptyline (vivactil)
		Desomethylimipramine (Pertofrane)
+	+	Clomipramine (Anafranil)
+	+	Nortriptyline (Aventyl)
+	+	Amitriptyline (Tryptizol)
		٢ - مضادات الكآبة الناهية لمونامين أو كسديز:
-	+	Tranlycypromine (Parnate)
+	+	Mebanazine (Actomal)
+	+	(Phenelzine) (Nardil)
+	-	Pargyline (Eutonyl)
+	-	Isocarboxazid (Marplan)
		٣ - عقاقير مؤثرة في المزاج:
	+	ليثيوم Lithium
+	+	الأمفيتامينات Amphetamines
		٤ - المهدئات الكبرى:
-	+	Fluphenazine (Moditen)
+	+	Thioridazine (Mellaril)
+	-	Chlorprothixenel (Taracton)
+	-	mesoridazine (Serentil)
+	-	Perphenazine (Trilafon)
+	-	Trifluperarzine (Stelazine)
+	+	Reserpinee (Serpasil)
+	-	Haloperidol (Haldol)
		٥ - المهدئات الصغرى:
+	-	Chlordiazopoxide (Librium)

## عطل الإنتصاب

عطل الإنتصاب

عطل القذف

المقار

ب - العقاقير المضادة لارتفاع الضغط :

+	-	Colonidine (Catapres)
+	+	methyldopa
-	+	Spirolacton (Aldactone)
-	+	Hydrochlorthiazide
+	+	Ismeline

ج - عقاقير يساء استعمالها عادة :

	+	* المستحضرات الكحولية
	+	* القنابيات (الحشيشة) وتدخين التبغ
	+	* الكوكايين
	+	* الهرويين والمورفين
	+	* ميثادون (Methadone)
+	+	* مركبات الباريتيوريت

د - عقاقير متنوعة :

+	+	* المضادات الباركنسونية
-	+	* ديجوكسين
+	+	* دوردين (Doriden)
-	+	* اندروميثاسين (اندوسيد)
-	+	Phentolamine (Rigitine)
-	+	* انديرال Propranolol
-	+	* (اتروميد S) Clotibrate

## الفصل الثاني عشر

---

### الخمرة والنفس والجنس

- مقدمة.
- فعل الكحول بين التنشيط والتثبيط.
- الرأي الإيجابي حول فعل الكحول على الجنس.
- البيانات حول الفعل السلبي للكحول على الجنس.



## الفصل الثاني عشر :

### الخمرة والنفس والجنس :

#### مقدمة:

ربما كانت الخمرة هي أول المستحضرات التي حضرها الإنسان واستعملها في العصور الأولى من تاريخه الطويل، وتوالي هذا الإستعمال بصورة متزايدة عبر الحضارات القديمة والحديثة التالية وحتى عصرنا الحالي، والذي أصبح فيه تناول الخمرة بمستحضراتها المختلفة من أكثر العادات انتشاراً في معظم المجتمعات، ومن أكثرها إضراراً بالصحة والعقل.

ربما يصعب تحديد الدافع الرئيس لتناول الخمرة في بداية تحضيرها قبل آلاف السنين، وقد لا يكون هذا الدافع مختلفاً عن دوافع الإنسان المعاصر نحو هذا التناول، ومهما كانت أسباب ومبررات هذا التعاطي لمستحضرات الخمر بأشكالها المختلفة، فإن مما لا شك فيه أن هذا التعاطي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحياة النفسية للفرد الإعتيادي، والذي يسعى في حاضره كما سعى في ماضيه إلى الحصول على غايتين، أولاهما المتعة، والثانية التفريج عن الهموم، وقد يجد الباحث في هذا الموضوع بأن التفريج عن الهموم هو الغاية الأشد إلحاحاً، وبالتالي الأكثر متعة من الغايتين، ولعل هذا هو ما توصل إليه الطبيب العظيم الرازي قبل أكثر من ألف عام في قوله، «وقد يحتاج إلى الشراب ضرورة في دفع الهم، وفي المواضع التي يحتاج فيها إلى فضل من الإنبساط ومن الجرأة

والإقدام والتهور»، وللباحث أن يجد بأن هذه الحاجات التي رأى الرازي بأنها تدفع بالفرد إلى تناول الخمرة في عصره، ما زالت هي الحاجات التي تدفع الملايين من الناس في عصرنا الحاضر إلى الإقبال على الخمرة والإعتداع عليها إلى حدود الإدمان، ولكي لا يساء فهم الرازي وبأن تحييد لتناول الخمرة في المواقف التي أشار إليها، فهو قد أتم قوله الذي اقتبسناه، فأردف يقول «- وينبغي أن يحذر (أي الخمر) ولا يقرب البتة في المواضيع التي يحتاج فيها إلى فضل فكر وتبين وتثبيت»، هذا ولم يسبق الرازي وربما لم يعقبه أحد، ممن وصف فعل الخمرة على متعاطيها والإدمان عليها، وبمثل الدقة والشمولية التي تضاهي وتزيد حتى على أفضل الباحثين في عصرنا الحالي، وذلك بقوله في مقدمة فصل بعنوان (في السكر) من كتابة (الطب الروحاني) والذي جاء فيه:

«إن إدمان السكر ومواترته أحد العوارض الرديئة المؤدية بصاحبها إلى المهالك والبلايا والأسقام الجمة، وذلك أن المفرط في السكر مشرف في وقته على السكنة والإختناق، وعلى امتلاء بطن القلب الجالب للموت فجأة، وعلى انفجار الشرايين التي في الدماغ، وعلى الترددي والسقوط في الأغوار والآبار، ومن بعد فعلى الحميات الحارة والأورام الدموية والصفراوية في الأحشاء والأعضاء الرئيسية، وعلى الرعشة، والفالج، لا سيما إن كان ضعيف العصب، هذا إلى سائر ما يجلب على صاحبه من فقد العقل، وهتك الستر، وإظهار السر والقفود عن إدراك المطالب الدينية والدينيائية، حتى أنه لا يكاد يتعلق منها بمأمول، ولا يبلغ منها حظوة، بل لا يزال منها منحطاً متسفلًا...»

ولخص الرازي ما سبق بقوله: «وبالجملته، فإن الشراب من أعظم مواد الهوى وأعظم آفات العقل، وذلك أنه يقوي النفسين - أعني الشهوانية والغضبية - ويشحذ كلاهما حتى يطالباه بالمبادرة بما يجبانه مطالبة قوية حثيثة...»، وهو يحذر من الإقبال على الخمرة فيقول: «ومن أجل ذلك ينبغي للعاقل أن يتوقاه ويحمله هذا المحل وينزله هذه المنزلة ويحذره حذر من يروم سلب أفضل عقده وأنفسها...» ويخلص إلى الإستنتاج بقوله: «إن الإدمان والمثابرة على اللذات يسقط الإلتذاذ بها ويجعلها بمنزلة الشيء الإضطرابي في بقاء الحياة، فإن هذا المعنى يكاد أن يكون في لذة السكر أوكد منه في سائر اللذات، وذلك أن السكر يصير بحالة لا يرى العيش إلا مع السكر، وتكون حالة صحوة عنده كحالة من قد لزمته هموم اضطرابية...».

إن الرازي لم يتطرق مباشرة إلى تأثير الخمرة على الجنس، وإن كان قد ضمن الرابطة بين الخمرة والجنس في إشارته إلى أن الخمرة تقوى النفسين الشهوانية والغضبية، والمقصود بالشهوانية الرغبة الحيوانية أو الجنسية، هذا ولا يمكن المساواة بين



تقوية النفس الشهوانية (أي الجنسية) وبين النشاط الجنسي، ولنا أن نفترض بأن الرازي قد وجد أيضاً بأن ما يحدث للمدمن من تقوية للنفس الشهوانية لا تصاحبه قوة في الأداء الجنسي، بل على العكس فإن هذه القوة أن تتداعى وتضمحل، حالها في ذلك حال الجسم والعقل. ولعل الشاعر والمسرحي شكسبير كان أكثر وضوحاً في وصف الرابطة بين الخمرة والجنس، وذلك بقوله المقتضب في مسرحية مكبث، حيث قال إنها (وبعني الخمرة) «تحرك الرغبة، غير أنها تعثر الأداء». وهو قول يتوافق تماماً مع ما يمكن استخلاصه من أقوال الطبيب الرازي، كما يتوافق مع ما هو ثابت في الوقت الحاضر عن فعل هذه المستحضرات على الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى. وفيما يلي نعطي أهم البيانات التي تؤيد هذه المقولات، ونحن في إيرادنا لهذه البيانات لا ننفي أن تكون للمشروبات الكحولية بعض الإستعمالات والفوائد الطبية في بعض الحالات، وهي استعمالات تطرق إليها الرازي في بحثه في السكر، كما أننا لا ننفي أن للمشروبات الروحية أن تذكى الرغبة الجنسية في بداية تناولها في بعض الناس، وربما ترتبط بنشاط جنسي أقوى في بعض الأشخاص، غير أن هذا التنشيط إنما هو خطوة حثيثة نحو التثبيط للنشاط الجنسي عند تزايد مقادير الشراب وتواتره والإدمان عليه.

### فعل الكحول - بين التنشيط والتثبيط:

هناك جدلية قائمة ومستمرة بين أولئك الذين يجدون في الكحول عاملاً منشطاً للحياة الجنسية لمتناوله، وبين أولئك الذين يجدون في هذه المستحضرات عاملاً سلبياً ميثقاً للحياة الجنسية، ولا بد لذلك من عرض البيانات العلمية المتوافرة حول هذا الموضوع ليتسنى للقارئ التوصل إلى استنتاجاته الخاصة حول هذه الجدلية بشقيها الإيجابي والسلبي، وفيما يلي بعض نتائج بعض الأبحاث والدراسات حول هذا الموضوع.

### الرأي الإيجابي حول فعل الكحول على الجنس:

يدعي الكثيرون بأن تناول الكحول يزيد في رغبتهم الجنسية، ويذكي من نشاطهم الجنسي، وليس أدل على ذلك من الملاحظة بأن الكثيرين يتناولون المستحضرات الكحولية كتمهيد لممارستهم الجنسية، أو أنهم يقدمون على نشاطهم الجنسي وهم في غمرة من الشراب الكحولي، وتاريخ الحضارات مليء بقصص الإحتفالات التي أقيمت في مناسبات عدة والتي اختلط فيها الهرج مع الشراب والجنس مما يوحي بأن الشراب هو المحرك والمنشط الأمثل للجنس، غير أن الحقيقة هي على غير ما يبدو في ظاهر

الأمر، وفيما يلي أهم الحقائق حول فعل الكحول بهذا الصدد.

\* المشروبات الكحولية هي مواد مثبطة للجهاز العصبي المركزي، وفعلها لذلك يشابه فعل المواد والعقاقير التخديرية، وهي بالتأكيد مواد غير منشطة لا للجسم ولا للعقل ولا للجنس.

\* إن ما يلاحظ من فرط النشاط الذي يبديه المتناول للمستحضرات الكحولية بعد تناول مقادير قليلة من المستحضرات الكحولية، أو في بداية التناول لمقادير كبيرة لا يعتبر فعلاً تنشيطياً كما يعتقد البعض، وإنما هو نتيجة تثبيط بعض وظائف الجهاز العصبي، ومن جملة ذلك إزاحة أو كبت النواهي عن السلوك، سواء اتخذ هذا السلوك النهي عن الحركة أو الكلام، أو النهي عن ممارسة النشاط الجنسي.

\* نتيجة لفعل المستحضر الكحولي الكابت لعوامل النهي، فإن متناول الكحول يصبح في حالة تحرر من عوارض القلق والخوف والحجل ومشاعر الإثم والهلم وعدم الثقة بالنفس وغيرها من المشاعر التي تنهاه عادة عن ممارسة الجنس بصورة طبيعية، ويترحر الشارب من هذه الحالات الناهية، فإنه يظهر انطلاقةً في التعبير عن دوافعه الجنسية، وقد تبين من دراسة قام بها أحد الباحثين بأن تناول الكحول قد عزز من المتعة الجنسية في ٦٨٪ من الإناث و ٤٥٪ من الذكور، كما أفادت دراسة أخرى أجراها معهد كنزي للدراسات الجنسية بأن ٣٥٪ من الإناث ادعين بأن الشراب الكحولي قد أحدث تأثيراً إيجابياً على استجابتهن الجنسية، بينما أفادت حوالي ٥٥٪ من الإناث بأن تناول هذه المشروبات قد قلل من متعتهم الجنسية.

\* مع أن بعض متناولي الكحول يدعون بكفاءة جنسية أعظم أثناء تناولهم للكحول، إلا أنه ليس هناك ما يثبت بأن هذه الكفاءة تنجم عن الفعل المباشر لمادة الكحول على المراكز العصبية والغددية المرتبطة بالنشاط الجنسي، وإنما ينظر إليها بأنها نتيجة للفعل التثبيطي الذي تسببه مادة الكحول، والذي يتيح لصاحبه فرصة التعبير عن إمكانيات الطاقة الجنسية التي يتمتع بها، والتي ظلت مكبوتة لسبب أو آخر.

\* لقد أفادت البحوث على كل من الذكور والإناث، بأن فعل مقادير قليلة أو معتدلة من الكحول على النشاط الجنسي لأصحابها تتباين بين تنشيط الرغبة الجنسية والنشاط الجنسي، وبين تثبيطها رغبة ونشاطاً، وهذا التباين له أن يفيد بأن المادة الكحولية هي ليست بالعامل الوحيد المقرر لهذا النشاط أو التثبيط ولا بد أن يرد ذلك إلى فعل عوامل أخرى تساهم في تقرير ذلك، ومن أهمها: شخصية الفرد، ومقوماته

الفيزيولوجية، وظروف ومواقف تناول الشراب، وفرص العلائق الجنسية المتاحة، ومدى التوافق بين الشريكين في العلاقة الجنسية، وغيرها من العوامل المقررة.

\* إن لما يمكن للشراب الكحولي أن يحدثه من إزالة النواهي المانعة عن النشاط الجنسي وممارسته، فإن هذه النواهي تزول بانتهاء مفعول الشراب، وبهذا الإنتهاء تعود النواهي من جديد مضافاً إليها شعور الإثم وعدم الإرتياح من اضطراب الفرد للجوء إلى مادة مخدرة لتحريك رغبته ونشاطه الجنسي، وهو شعور له أن يدفعه من جديد وبصورة أكثر إلحاحاً لتحرير نفسه من النواهي الأساسية والمشاعر الجديدة، وهو واقع له أن يدفعه إلى زيادة مقادير الشراب باستمرار والوصول إلى درجة الإدمان الكحولي.

\* إن للقارئ أن يستخلص من هذه البيانات أن للشراب الكحولي بمقادير قليلة أن يزيد من الرغبة الجنسية، وأن يحجر الأداء الجنسي من النواهي النفسية التي قد تكون فعالة في تقييده، غير أن هذه النتائج الإيجابية غير مضمونة، فالنسبة الأكبر من متناولي الكحول بمقادير قليلة يصيبهم التثبط في رغباتهم والضعف في أدائهم، وخيبة الأمل في متعتهم نتيجة لذلك، والشيء المضمون في الحالتين والناجم عن توافر الشراب والإدمان عليه هو الإنتهاء بتدمير الحياة الصحية للمتعاطي للكحول في نواحيها النفسية والجسمية والجنسية، وهو ما سيتضح في الفقرة التالية حول التأثيرات السلبية للكحول، كما أفادت بها نتائج البحوث والدراسات على متناولي الكحول، وهي النتائج التي تؤيد تماماً ما أفاد به الطيب الرازي قبل أكثر من ألف عام في مقاله التي اقتبستا بعض فقراتها في مطلع هذا الفصل.

### البيانات حول الفعل السلبي للكحول على الجنس :

لقد تم في هذا القرن، خاصة في النصف الأخير منه، إجراء العديد من البحوث والدراسات حول التأثيرات السلبية والتي للكحول أن تحدثها في المتناولين لها، وفي المجالات المختلفة من حياتهم من صحة جسمية أو نفسية أو عقلية، وما له أن يرتبط بهذه التأثيرات السلبية من اضطراب في حياتهم الزوجية والعائلية والإجتماعية والإقتصادية، وفعل كل ذلك على المجتمع بصورة عامة، وفيما يلي نستعرض أهم نتائج هذه الأبحاث والدراسات، والتي في مجموعها تثبت غلبة السلبيات المتأتية عن تناول الكحول على أي إيجابية يلاحظها بعض الأفراد على نشاطهم الجنسي نتيجة التناول الكحولي، وفي إيراد هذه البيانات فإننا نقصر اهتمامنا على سلبيات الكحول على الحياة الجنسية للفرد، ومردود ذلك على حياته النفسية.

\* من التجارب العديدة التي قام بها الباحثون حول فعل المستحضرات الكحولية على تناولها نبين فيما يلي نتائج تجربتين:

١ - تجربة قام بها كل من الباحثون والباحث والتي تم فيها إعطاء ثلاثة من طلبة الجامعة مستحضراً كحولياً بمقادير تقل عن المقادير اللازمة لإحداث حالة الإنسام الكحولي، وقد أفادت التجربة بأن هذا التناول قد أدى إلى حدوث ضعف بين في قوة الإنتصاب في جميعهم.

٢ - في تجربة قام كل من الباحث Fardas والباحث Rosen بإجرائها على مجموعة من النساء تناولن مقادير متباينة القدر من الشراب الكحولي تراوحت بين ٩ س س و ١٢٠ س س من الكحول المركز بنسبة ٨٠٪، وتبين نتيجة لذلك بأن النساء كلهن أظهرن نقصاً واضحاً في ضغط النبض في الفرج عندما تم تعريضهن لأفلام مثيرة للشهوة الجنسية، كما تبين بأن النقص في استجابة الفرج (كما دلت عليها ضغط النبض)، قد تزايد طردياً مع تزايد مقادير الكحول.

٣ - في دراسة قام بها (Whalley)، والتي تمت على ٥٠ من الكحوليين وعلى خمسين آخرين من غير الكحوليين، نبين من نتائجها بأن ٥٤٪ من فئة الكحوليين قد عانوا من ضعف في الإنتصاب بالمقارنة مع ٢٨٪ من فئة غير الكحوليين.

\* أفادت أبحاث أخرى عديدة حول تأثير تناول الكحول على النشاط الجنسي بالنتائج التالية:

أولاً: إن للمستحضرات الكحولية في بداية التناول لمقادير قليلة أن يحسن من الشهية الجنسية، ومن الأداء الجنسي، وقد عزى ذلك للفعل الكابت للكحول على الجهاز العصبي، والذي في دور ما من تأثيره له أن يزيل النواهي المانعة للنشاط الجنسي، غير أنه في تجربة مقارنة وعشوائية، أجراها كل من Lawson و Wilson والتي تم فيها إعطاء المشاركين إما مشروباً كحولياً (فودكا مع ماء تونيك)، أو مشروباً من (ماء التونيك) فقط، وقد تبين من نتائج البحث حول تأثير هذا التناول على الفئتين بأن أولئك الذين اعتقدوا بأنهم تناولوا الكحول قد شعروا بانتصاب أقوى من أولئك الذين اعتقدوا بأنهم تناولوا (التونيك) فقط، وذلك بصرف النظر عن حقيقة ما تناولوه، واستنتج الباحثان من هذه التجربة بأن ما ظهر من تحسن في الإنتصاب، إنما هو نتيجة لتوقعات المتناول وليس نتيجة للفعل الكحولي في حد ذاته.

ثانياً: لاستمرار المتناول للمستحضرات الكحولية فوق المقادير القليلة أن يحدث

تأثيراً كابتاً ومثبطاً للجهاز العصبي المركزي في الدماغ والنخاع الشوكي وينجم عن هذا التأثير تثبيط للمسارات العصبية الناقلة للأرجاع العصبية، وهو ما يؤدي إلى اضعاف النشاط الجنسي، أو إخماده كلياً أو جزئياً.

ثالثاً: أفادت البحوث بأن تناول المواد الكحولية يؤدي عادة إلى خفض هرمون اللوتين الأثوي، وإلى زيادة هرمون استروجين الأثوي، وينجم عن هذه التغييرات الهرمونية هبوط في قوة الإنتصاب، والذي قد يصل إلى حدود العنة، وذلك بسبب نقص الهرمون الذكري تستسترون، أما زيادة هرمون الإستروجين الأثوي فإنه يحدث تغييراً تأنثياً في الذكور والذي يتضح على صورة تضخم الثديين، وضمور الخصيتين، ونقص الطاقة الجنسية، والعنة، والعقم.

رابعاً: للمادة الكحولية أن تحدث عطلاً وظيفياً في الغدد الجنسية، ويحدث هذا التأثير بطرق عدة منها ما هو مباشر على هذه الغدد، ومنها ما يأتي عن طريق فعل الكحول على المحور المتكون من نواة الهايپوثالموس، ومن الغدة النخامية الصماء، وهو محور يقوم بتنظيم وظائف الغدد الجنسية في الذكور والإناث، والطريقة الثالثة تأتي نتيجة لما يحدثه الكحول من اضطراب في التغذية، مما يؤدي إلى نقص غذائي، وما لذلك أن يحدثه من تأثير على وظائف الغدد الجنسية، أما في الإنثى فإن التغييرات الهرمونية الحادثة بسبب تناول الكحول فإنها توازي ما يحدث في الذكور مع بعض الفروق، فإضافة إلى ما يصيبها من خفض للنشاط الجنسي وإضعاف للإستجابات الجنسية، فإن الأثنى المتعودة على تناول الكحول تظهر من معالم الكبر ما هو قبل الأوان، كما أنها تدخل مرحلة توقف الحيض وسن اليأس في عمر أصغر من المعدل المألوف.

خامساً: لتناول الكحول بصورة مزمنة وبمقادير تزيد عن حدود الإعتدال، أن يسبب في المتناول تلفاً في الأعصاب المحيطة المرتبطة بالأعضاء الجنسية، ولهذا التأثير أن يصعب من الإرجاع العصبية التي تنقل الإشارات المحركة إلى الأعضاء الجنسية، كما تنقل الأحاسيس الصادرة عن هذه الأعضاء، ويرتبط هذا التأثير على الأعصاب بتأثير آخر عليها ناجم عن ما يحدثه الكحول من تأثير غذائي والذي من تأثيراته انقاص الفيتامينات وخاصة فيتامين ب ١، ولهذا التأثيرات كلها أن تحدث خفضاً عاماً في النشاط الجنسي وفي استجاباته.

سادساً: تفيد الدراسات على الكحوليين والمعانين من عطل في النشاط الجنسي، بأن المشاكل الناجمة عن تناول الكحول وتأثيراته في الحياة الزوجية والعلائق الجنسية هي

مشاكل بالغة التأثير، وظهور هذه المشاكل له أن يزيد في تناول الكحول وبالتالي في العطل الجنسي، وهو ما يكون خطورة بالغة على الحياة الزوجية، والتي لها أن تنتهي بالفراق أو الطلاق.

سابعاً: في دراسة تمت على الذكور المدمنين على تناول الكحول تبين بأن ٤٠٪ منهم مصابون بالعنة، وأن ما بين ٥ إلى ١٠٪ منهم يعانون من تأخر في القذف أو نهي عن القذف المنوي، وبأن التوقف عن تناول الكحول لشهور، أو حتى سنوات، لم يستطع إرجاع نصفهم إلى حياة جنسية طبيعية، أما الإناث فإن تأثرهن بالكحول قد تباين، ولكنه تبين بأن ٣٠ إلى ٤٠٪ منهن قد عانين من فقدان الذروة أو من خفض لمشاعر الذروة، وفي دراسة أكثر حداثة تبين بأن حوالي ٧٠٪ من متعاطيات الكحول يعانين من استجابات جنسية غير كافية.

ثامناً: تبين من دراسات على مجموعة من الكحوليين الذين توقفوا عن تناول الكحول لبضع شهور أو سنوات بأنهم على الغالب يظلون معانين لمشاكل جنسية من نوع أو آخر، ومن هذه المشاكل ما يتعلق بالعطل في الأداء الجنسي وفي الإستجابات الجنسية المختلفة، ومنها ما يتعلق بحياة الكحول التائب من مشاكل عائلية، وتنافر زوجي، ومن فقدان الثقة بالنفس والتقدير لها، ومعاناة الإكتئاب، والتخوف من الأداء الجنسي، ولمثل هذه النتائج أن تصيب الأنثى أيضاً، والتس تظل معاناة لمصاعب الإستجابة الجنسية، وتعدر الذروة أو ضعفها، ومن التخوف والقلق من إخفاقها في الأداء الجنسي، ويصاحب ذلك عادة تضعف ثقته بنفسها، ومرادتها لمشاعر الإثم، ومعاناتها للكآبة.

تاسعاً: للأنثى المتزوجة من رجل كحولي، أن تتجه إلى الإعراض عن العلاقة الزوجية مع زوجها، وأن لا تتجاوب مع رغباته ومبادراته الجنسية، وبعض هذه الأعراض ينجم عن ما يعانیه الزوج من فشل في الأداء الجنسي، وبعضه ينجم عن مشاعر النفور من الكحول ورائحته، أو بسبب تأثير الكحول على سلوك الزوج، وفي الحالتين فإن للزوجة أن تفقد مشاعر التعلق والعاطفة والرغبة نحو زوجها، ومع ذلك أي استجابة جنسية نشطة من جانبها.

عاشراً: لمتعاطي المستحضرات الكحولية بصورة مفرطة أو إدمانية أن يعاني من مشاكل اجتماعية ونفسية إضافة إلى ما يعانیه من عطل في نشاطه الجنسي، ولهذا المعاناة أن تدفعه (ذكراً أو أنثى) إلى تناول الكحول بمقادير أعظم وذلك على أمل أن يداوي الدواء بمثله، أو بهدف التقليل من وطأة معاناته بسبب حالة الهبوط في نشاطه الجنسي

وفي معنوياته، غير أن فشل هذه الإستراتيجية هو أمر مؤكد، ولا بد له لذلك من أن يصل إلى ما توقعه الرازي للمدمنين على الكحول بقوله: «إن الإدمان والمثابرة على اللذات يسقط الإلتذاذ بها، ويجعلها بمنزلة الشيء الإضطرابي في بقاء الحياة، فإن هذا المعنى يكاد أن يكون في لذة السكر أوكد منه في سائر اللذات، وذلك أن السكر يصير بحالة لا يرى العيش إلا مع السكر، أو تكون حالة صحوه عنده كحالة من لزمته هموم اضطرارية، وبحسب ذلك ينبغي أن تكون سرعة تلاحقه وشدة الزم أو المنع منه».

لقد تغنى بعض القدماء والمحدثين من عشاق الخمرة والمثلهفين على الوصل بها بحاسنها وفعالها على النفس وكأنها عشتار أو أفروديت الأساطير، ولعل من أكثرهم افتناناً بها الشاعر أبي نواس في قوله:

صفراء لا تنزل الأحزان ساحتها      إن مسها حجر، مسته سراء  
ربما حدث ذلك للبعض في الأيام الأولى من تمرسه على الخمرة، أما فيما بعد، فهي قصة أخرى، ليس له فيها أن يعرف الفرق بين الأحزان والسراء، حال يذكر بوصف للكاتب الطيب أكسل مؤنثه في مؤلفه قصة (سانت ميشيل)، عندما راح يتفقد زميله القديم في دراسة الطب، فلما دخل الباب المفتوح لبنت زميله رأى العجب: زميله يجلس إلى جانب خوان منخفض، وعليه زجاجات الخمرة وقرود يرقص وكلاهما ثملان... وبهرت عينا الزميل الزائر... فقد بدى الطيب الثمل وكأنه القرد، وبدى القرد وكأنه بوجه إنسان...





## الفصل الثالث عشر

---

### التدخين والحشيشة والحياة الجنسية

- مقدمة.
- فعل التدخين على الجنس.
- التدخين والإناث.
- التدخين والحمل.
- الحشيشة والحياة الجنسية.



## الفصل الثالث عشر :

### التدخين والحشيشة والحياة الجنسية :

#### مقدمة

يتضح من ملاحظة سلوك المدخنين أثناء قيامهم بعملية التدخين وما يرافقها من طقوس وسلوكيات وخاصة في سن المراهقة وبداية سن الشباب، بأن التدخين وطقوسه يخدم لهؤلاء أهدافاً أخرى غير مجرد الحاجة للتدخين في حد ذاتها، ولعل من أهم هذه الحاجات هي الظهور بمظهر الرجولة والإستقلالية والحرية، وهذه حاجة تتضح من الأساليب والهيئات السلوكية التي يمارسها الكثيرون وخاصة في المواقف التي لها أن تجلب الإنتباه والتقدير، ويمكن للباحث أن يجد في مثل هذه الظاهرة وكأن المدخن يحاول وبصورة واعية أو غير واعية، أن يجعل من ممارسة التدخين رمزاً لرجولته أو أنه يأمل أن يوحي بذلك الرمز للآخرين خاصة من الجنس الآخر، ولا عجب لذلك أن نرى المراهقين وصغار الشباب يكثرون من التدخين في حضور الجنس الآخر، ولعل هذه الظاهرة هي التي دفعت وسائط الإعلان المختلفة إلى ترويج التدخين عن طريق الربط بين التدخين والرجولة في مجال أو آخر وذلك عن طريق استغلال المتميزين في مجالات الحياة لترويج عادة التدخين، كما أن الصانعين للتبوغ والمروجين لها استغلوا

أيضاً النشاطات الرياضية المختلفة كمجال لترويج بضاعتهم، وكلها وسائل فعالة في التأثير على الجيل الجديد وإغرائه بتقليد هذه الممارسات، وهو تقليد لا بد له أن يدفع إلى مواصلة ممارسة التدخين وإلى حد تكوين العادة عليه.

إن شعور المدخن في بداية ممارسته للتدخين بانعتاقه من قيود الطفولة والحدائث، وبأنه أصبح رجلاً، له أن يفرج أيضاً عن رغباته الجنسية المكبوتة، وأن يقوي من معنوياته، وأن يزيد من نشوة الحياة في نفسه، وله أن ينعكس إلى حين بانطلاق رغباته الجنسية، وأن يزيد ظاهرياً في أدائه الجنسي، غير أن هذه النتائج الأولية لا تماثل ما سيتأتى عن التدخين من تأثير بالغ على حياة المدخن الجنسية، وهو تأثير لا بد أن يأتي على عكس ما توقعه أو تمناه المدخن من فعل التدخين على رجولته.

إن الأبحاث حول فعل عادة التدخين على الحياة الجنسية هي أبحاث قليلة، إذا ما قورنت بالأبحاث التي جرت حتى الآن حول تأثير التدخين على النواحي الصحية والعقلية، ولعل شحة الأبحاث في هذا المجال الجنسي تعود في جانب منها إلى صعوبة حصول الباحثين على بيانات صادقة عن واقع الحياة الجنسية عند المدخنين، ومن جانب آخر، فإن جبروت المؤسسات المنتجة والمروجة للتبوغ تمارس، وبطرقها الخاصة، كافة الضغوط من إعلان وإغراء، الخيلولة دون فك الإرتباط الذي أوحى به وما زالت توحى به هذه المؤسسات من أن التدخين معناه الرجولة، وتحويل هذا المعنى إلى الربط بين التدخين وبين الطاقة والأداء الجنسي. ولكن ما هو واقع الحال حول هذا الموضوع؟! وفيما يلي مختصر لأهم البيانات المتوافرة حتى الآن عن العلاقة بين التدخين والحياة الجنسية. وهي علاقة لا بد أن تأخذ بعين الاعتبار طول مدة التدخين، ومقادير التبوغ التي تم تدخينها. إضافة إلى ما يمكن أن يمارسه المدخن من تعاطي لمواد ومستحضرات وعقاقير أخرى، والتي لها أن تضاعف من النتائج السلبية لعادة التدخين: -

أولاً: في دراسة تمت على ١١٦ من الذكور المعانين من العطل الجنسي والتي أجريت في جامعة بريتوريا في جنوبي أفريقيا تبين بأن ١٠٨ منهم كانوا من المدخنين.

ثانياً: في دراسة تمت في فرنسا، والتي نشرت نتائجها في مجلة (لانست) الطبية في المملكة المتحدة... أفادت الدراسة بأن ثلثي المعانين من العطل الجنسي كانوا من المدخنين.

ثالثاً: في دراسة أخرى تمت في جامعة كوينز في كندا، فإن الدراسة أفادت بنتائج مماثلة.

رابعاً: في دراسة أجريت في ولاية فلوريدا في الولايات المتحدة على ٤٢ من المدخنين الذكور، والتي تم فيها تقسيم المشاركين إلى ثلاث فئات: الفئة الأولى قام أفرادها بتدخين سيكارة واحدة ذات محتوى عالٍ من النيكوتين، أما الفئة الثانية فقد قام أفرادها بتدخين سيجارة واحدة ذات محتوى منخفض من النيكوتين، وأما الفئة الثالثة فقد قام أفرادها بمص قرص من النعناع عوضاً عن التدخين، ومن بعد ذلك نم حجز كل مدخن من مجموع الفئات الثلاث في غرفة منفردة، وعرض عليه فيلم مثير جنسياً. وجرى خلال ذلك رصد انتصابه القضيبى، وبعد استراحة عشر دقائق، طلب إلى أفراد الفئة الأولى والثانية تدخين سيجارتين بدل سيجارة واحدة مما سبق ودخونه، وطلب إلى أفراد الفئة الثالثة مص قرص من النعناع. . . ثم عرض عليهم فيلم جنسي ورصد انتصابهم الجنسي خلال ذلك - وقد استنتج من هذا البحث بأن الإستجابة الجنسية لأفراد الفئة الأولى (المدخنين لسجائر عالية المحتوى من النيكوتين) كانت استجابة ضعيفة بالمقارنة مع استجابة كل من الفئة الثانية والفئة الثالثة.

لقد استدل من هذه الأبحاث ومن أبحاث أخرى عديدة بأن الفرد المدخن هو أكثر احتمالاً بمعاناة هبوط متزايد في قواه الجنسية مع مرور الزمن، وبأن لهذا الهبوط أن يصل إلى حد العنة الكاملة، ويمكن الإستنتاج بأن التدخين يمثل من الخطورة على الحياة الجنسية ما تمثله الإصابة بمرض السكري، وتعاطي المستحضرات الكحولية، وأمثالها من المستحضرات والعقاقير المؤدية إلى التعود والإدمان، وارتفاع الكولسترول في الدم.

### كيفية فعل التدخين على الجنس:

أفادت البحوث العلمية منذ سنوات عديدة بأن النيكوتين يعيق من سيل الدم إلى أطراف الجسم. ولهذا نصح الأطباء بالإمتناع عن التدخين لأولئك الذين عانوا من شحة أو تضيق في الأوعية الدموية سواءً وقعت العلة في الرأس أو الأطراف. وتابع العلماء أبحاثهم بدراسة العلاقة الفيزيولوجية بين التدخين وبين الأوعية الدموية. وقد تبين من هذه البحوث بأن تسعة حالات من كل عشرة من إعاقه سيل الدم في الأوعية الدموية قد وقعت في المدخنين، وفي دراسة قام بها باحثون كنديون تبين بأن واحداً من كل أربعة من المدخنين يعاني من دورة دموية ضعيفة في عضوه الذكري، وقد تأيدت نتائج هذه الدراسة من دراسة أخرى تمت في جامعة جورج واشنطن والتي أفادت بأن الإرتباط الوثيق بين شحة الدورة الدموية في العضو الذكري وبين حدوث العنة الجنسية لا يحدث إلا في المدخنين فقط، كما أفادت بحوث علاجية أخرى بأن زيادة سيل الدورة

الدموية في العضو الذكري بطريقة أو أخرى يؤدي إلى زيادة الكفاءة الجنسية في المدخنين الذين عانوا من العطل الجنسي.

## التدخين والإناث:

أقبلت الأنثى على التدخين في وقت متأخر عن إقبال الذكور على ذلك، كما ظل إقبالها محدوداً لمدة طويلة، غير أن هذا الإقبال قد تزايد وتسارع في النصف الثاني من هذا القرن وبلغ الآن حوالي ثلثي نسبة انتشاره بين الذكور في المجتمعات الغربية. كما أنه راح ينتشر بصورة خاصة بين المراهقات وفي أعمار الدور الأول من مراحل المراهقة، أما في مجتمعاتنا فقد بدأ التدخين في صفوف الإناث في العقدين الأخيرين، وإن كان التدخين ممارساً عن طريق (الترجييلة) في بعض مجتمعاتنا. غير أن هناك تزايداً ملحوظاً في ممارسة التدخين، وإن كانت هذه الممارسة ما زالت بعيدة عن نسبة وقوعها وانتشارها بين الإناث في المجتمعات الغربية. وفيما يلي خلاصة لبعض نتائج الدراسات حول العلاقة بين التدخين وبين الأنثى، وهي علاقة، كما سيتضح، أكثر اتساعاً واحتمالاً بالخطورة من العلاقة بين التدخين وبين الذكور.

١ - تفيد الملاحظات والدراسات بأن الأنثى التي اعتادت على التدخين تظهر من مشاعر العسر النفسي ما يزيد على عسر الذكر عند توقفها عن التدخين.

٢ - تفيد البيئات بأن الأنثى التي اعتادت التدخين والتي تستعمل الحبوب المانعة للحمل في نفس الوقت، هي أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية بالمقارنة مع الأنثى غير المدخنة، بما في ذلك احتمال إصابتها بجلطات القلب والدماغ.

٣ - إن أطفال المدخنات هم على العموم أكثر احتمالاً بأن يولدوا قبل أوانهم، وأن يكونوا أقل وزناً من أطفال الأمهات غير المدخنات، كما أنهم أكثر عرضة بأن يولدوا ميتين.

٤ - المرأة الممارسة لعادة التدخين هي على العموم أكثر احتمالاً بأن تصل سن اليأس (توقف الحيض) قبل الأوان.

٥ - هناك بيئات بأن أطفال الإناث المدخنات هم أكثر عرضة للإبطاء في نموهم العقلي والجسمي، وبأن لهذا البطيء أن يتواصل حتى سن الحادية عشرة من أعمارهم.

٦ - احتمالات حدوث الإجهاض في الأنثى المدخنة هو احتمال أعظم بالمقارنة مع الأنثى الحامل غير المدخنة، كما أنها أكثر احتمالاً بمعاناة التزيف أثناء الحمل.

٧ - الأنثى المدخنة هي أكثر عرضة للتأخر في الحمل والإنجاب، وللأطفال الذين تنجبهم بصورة طبيعية أن يكونوا أقل عدداً بالمقارنة مع الأنثى غير المدخنة.

٨ - الأنثى الأكثر احتمالاً لمعاناة اختلاطات التدخين هي الأنثى التي تجاوزت سن الثلاثين.

٩ - تفيد الإحصائيات بأن الأنثى الأكثر ممارسة للتدخين هي الأنثى التي تعاني من تجارب الإرهاق والشدة العاطفية والمعاناة النفسية، وذلك بالمقارنة مع الذكر الذي يكثر تدخينه نتيجة لتعب والملل، والأنثى عادة تواصل التدخين في محاولة لمواجهة متطلبات العمل والحياة، وبسبب ذلك فإن التدخين ينتشر بصورة خاصة بين الإناث اللواتي يتطلب عملهن المسؤولية والتحمل لأعباء عملهن الوظيفي إضافة إلى مسؤولياتهن الزوجية والعائلية والبيئية.

١٠ - تفيد الدراسات بأن التدخين المفرط، وإلى حد ما التدخين المعتدل، لهما على المدى الطويل أن يحدثا عین التأثير السلبي على الحياة الجنسية للأنثى والحادث للذكور المدخنين. وهذا يشمل خفض الطاقة والأداء الجنسي، كما يعطل من احتمالات الذروة عندهن.

### التدخين والحمل :

يزداد احتمال الإجهاض في الإناث المدخنات وإن كانت نسبة هذه الزيادة غير عظيمة، وهناك زيادة مماثلة في احتمالات حدوث نزيف أثناء الحمل، وفي احتمال قيام اضطرابات في المشيمة والتي تصبح أكثر ضخامة واتساعاً، وتفيد الأبحاث الحديثة بأن تضيقاً في الأوعية الدموية يحدث في المشيمة مما يؤدي إلى نقص في الدم الواصل إلى الجنين، وما يرتبط بذلك من نقص غذائي للجنين ونقص في الأوكسجين، وتفسر ضخامة المشيمة واتساعها في المدخنات الحوامل بأنها بمثابة محاولة تعويضية عن نقص الأوكسجين.

### الحشيشة (المروانا) والحياة الجنسية :

هناك ادعاء من جانب المتعاطين لهذه المواد بأن تعاطيهم يدعم ويزيد من نشاطهم الجنسي، غير أن هذا الإدعاء ما زال مصدر تشكك في صحته، وقد يكون في هذا الادعاء تبجحاً أو تبريراً للوقوع في عادة التعاطي، وله أن يكون دعوة للغير للمشاركة في عادة التعاطي، ويفسر آخرون هذا الإدعاء، بأنه ناجم عن أن الحشيشة

تحدث في تناولها تغييراً في حس الزمن، والذي يطول في تقدير المتعاطي إلى أطول مما هو عليه في الواقع بفارق كبير. وهذه الإطالة أن تطيل (شعورياً) من زمن اللذة ومن شدتها، هذا ولا تتوافر حتى الآن أية بيانات موثوقة عن فعل الحشيشة على النشاط الجنسي باستثناء ما يفيد به المتعاطون من البيئات، وهناك صعوبات تعترض القيام بدراسة تجريبية على الإنسان، ذلك لأنه ما زال استعمال هذه المواد محظوراً، إضافة إلى اعتبارات أخرى، وما تجمع من المعلومات حتى الآن يفيد بما يلي:

أولاً: في التجارب التي جرت على حيوانات تجريبية أعطيت الحشيشة، تبين بأن ذلك يؤدي إلى خفض عدد العلاقات الجنسية عندها، وإلى خفض عدد الحيوانات، وإلى انخفاض هرمون تستسترون في الدم.

ثانياً: في دراسة واسعة قام بها ماسترس وجونسون، والتي شملت ٨٠٠ من الذكور، و ٥٥٠ من الإناث، بهدف الحصول على بيانات حول فعل المروانا (الحشيشة) على الحياة الجنسية، تبينت النتائج التالية:

١ - أفادت النسبة العظمى من الذكور والإناث بفهم أن تكون المروانا قد أدت إلى زيادة في الرغبة الجنسية، أو أنها زادت في قوة الانتصاب القضيب في الذكور، أو أنها زادت في سرعة حدوث الانتصاب أو في مدة استمراره، أو أنها زادت في حدة الذروة.

٢ - أما في الإناث، فقد أفدن أيضاً بأن تعاطي المروانا لم يزد من اهتمامهن بالجنس، أو أنه زاد في إثارتهم الجنسية، أو في ترطيب الفرج، أو في إمكانية الحصول على الذروة، أو في حدتها، أو في درجة تكرارها.

ومقارنة المتناولين للمروانا بغير المتناولين أو المتناولين لها لماماً، أفادت الدراسة بأن حوالي ثلث فئة المتناولين قد عانوا من العنة بالمقارنة مع أقل من عشرة في المئة من فئة أولئك الذين لم يتناولوا المروانا أبداً، بينما فئة المتناولين لها لماماً (مرة أو مرتين في الأسبوع)، فإنهم عانوا من اضطراب في القوة الجنسية.

وقد استخلص من هذه الدراسة النتيجة العامة التالية:

١ - إن فعل المروانا (الحشيشة) هو فعل يذكي فعل الإيجاء للمتناول.

٢ - يشعر المتناول نتيجة لهذا الفعل الإيجائي بأن المادة لها فعل مسارع على الجنس، غير أن التدقيق في الإستجابة لهذا الفعل يوضح بأن المروانا أما لا تحدث تغييراً يذكر في عملية الأداء الجنسي، أو أنها تحدث عطلاً في هذا الأداء.



٣ - إن ما يشعر به بعض المتنازليين من راحة نفسية ومرتعة جنسية بعد تناول هذه المادة مرده إنهم يعانون من القلق والنواهي عن العلائق الجنسية لسبب أو آخر، وبأن المروانا تزبل هذه النواهي وتؤدي إلى استرخائهم، غير أن هذا الإسترخاء يدفعهم للنوم، وما يصاحب ذلك من هبوط الرغبة الجنسية وضعف الأداء الجنسي.

٤ - أفاد معظم المتعاطين للمروانا (الحشيشة) بأنه إذا لم يحدث توافق بين الشريكين في إذكاء حالة الإيحاء، وفي آن واحد، فإن تأثير التعاطي على النشاط الجنسي هو تأثير سلبي وغير مريح.

ثالثاً: أفادت البحوث بأن فعل تعاطي المروانا على الإناث هو كما يلي:

١ - تناول الحاد يسبب انخفاضاً في مستوى هرمون جوناوترويين (هرمون الغدة الصماء النخامية والذي يسيطر على الهرمونات الأنثوية).

٢ - إن تناول المزمّن يسبب للإناث تقصيراً في مدة الحيض الشهري.

٣ - للتناول المزمّن أن يؤدي إلى حدوث توقف الحيض قبل الأوان ببضع سنوات.

٤ - لم تتبين نتائج احصائية ذات أهمية تدلل على وجود علاقة بين تعاطي الحشيشة في الإناث وبين العطل في الحياة الزوجية.



## الفصل الرابع عشر

---

### الأسطورة والنفس والجنس

- أسطورة عشتار.
- أسطورة استارتي (عشتار الفينيقية).
- أسطورة أفروديت.
- أسطورة هرمو افروديت.



## الفصل الرابع عشر :

### الأسطورة والنفس والجنس

تحتل الأنثى اليوم كما في الماضي، وكما في أساطير الحضارات القديمة مركز الصدارة والجاهزية في الحياة الجنسية بالنسبة للذكر وفي التوافق بين الجنسين في الحياة الإنسانية، ومن متابعة الأساطير في عدد من الحضارات القديمة يتضح أن الناس في تلك الحضارات قد أولوا الأنثى من القوة والمنعة درجة رفعتها إلى مصاف الآلهة في حياتهم، وحتى بين الآلهة فقد برزت على الذكور منهم وأخضعتهم لسلطانها وسخرتهم لتحقيق أهدافها وغاياتها ونزواتها، وليس أدل على ذلك من متابعة بعض الأساطير القديمة في حضارات مختلفة، مما يدل على توافق في الرأي بين واضعي هذه الأساطير والمصدقين بها حول مكانة الأنثى العظمى في الحياة الكونية. ونحن في هذا الفصل نتناول بعض هذه الأساطير بسياقها الحضاري الزمني، وهو سياق تبدو فيه الإستمرارية والانتقال من حضارة إلى أخرى، ولعل البداية الأولى جاءت في حضارات سومر وبابل وأشور، وانتقلت من هناك إلى الحضارة الفينيقية في السواحل الشرقية للبحر المتوسط، ثم إلى الجزر الإيبيرية وبلاد الإغريق، ومنها إلى روما.

### أسطورة عشتار :

تعتبر أسطورة عشتار من أعظم الأساطير التي ولدتها حضارات ما بين الرافدين

القديمة وأغناها وأكثرها متعة، وأعظمها دلالة على مكانة الأنثى في الحياة النفسية والعاطفية لأهل تلك الحضارات، وتعود أسطورة عشتار، أو ما ورد عنها في أساطير أخرى، إلى عصر الحضارة السومرية وما تلاها من الحضارة البابلية والحضارة الآشورية، وربما عادت هذه الأسطورة وغيرها إلى عصر سابق للحضارة السومرية، غير أنه لا تتوافر أية بينات مكتوبة أو أثرية تؤيد هذا الإفتراض، والذي يلاحظ من متابعة النصوص الأسطورية حول عشتار وفي أصولها الأسطورية وفي مجريات حياتها ما يؤكد على أنوثة عشتار وروعة جمالها، وعذوبة مغانها، كما هو وارد في النصوص البابلية، ومنها ما يؤكد على شدة بأسها وشجاعته كما ورد في النصوص الآشورية. وفيما يلي نتابع باختصار أسطورة عشتار، وهي متبعة لا تعطينا فقط الملامح الرئيسية للربة الأنثى في عالم الأساطير، وإنما أيضاً توفر لنا الأساس الأولي للأساطير التالية حول الربة الأنثى، في فينقيا وبلاد الإغريق وبلاد الرومان، وهي الأساطير التي يتضح بأنها امتداد لأسطورة عشتار في الحضارات القديمة لما بين الرافدين.

تختلف الأساطير في هوية عشتار، فمنها من يقول بأنها ابنة الإله (سن)، ومنها من يقول بأنها ابنة الإله (آنو)، أما هي فأطلقت على نفسها اسم (ربة الصباح والمساء)، وطبقاً للأساطير البابلية والآشورية، فإنها اعتبرت تجسداً سائياً للكوكب الزهرة (فينوس)، وقد ورد ما يفيد بأن العرب في أساطيرهم القديمة قد أعطوها اسم (اشتار)، والأساطير التي اعتبرت ابنة (سن) فإنها اعتبرت ابنة ربة للحرب، أما تلك التي اعتبرت ابنة للإله (آنو) فقد نظر إليها كربة للحب، وقد صورت كاهلة للحرب في الأساطير الآشورية، والتي وصفتها بسيدة المعارك، وصورت وهي تركب عربة تجرها سبعة أسود، والقوس في يدها، وعبدت على هذا الأساس في بلاد آشور خاصة في نينوى وأربيل، وفي الأساطير البابلية ورد ذكرها في أكثر من أسطورة، وما ورد عنها أنها كانت أختاً لـ Eresh Kigal ملكة عالم ما تحت الأرض (عالم الأموات)، وقد نعتت عشتار بأنها نجمة المآسي. . . والتي جعلت الأخوة المتحابين يخاصمون بعضهم بعضاً، والأصدقاء يتناسون أصدقائهم، وورد بأن الأختين عشتار وإيري شكيجال ملكة العالم السفلي، قد ارتبطتا بعلاقة مليئة بالكراهية والغضاضة بينهما، ويتضح ذلك من أن عشتار عندما أرادت الدخول إلى العالم السفلي لتخليص حبيبها تموز من عالم الموت وأعادته إلى عالم الأحياء، فإن أختها اعترضت طريقها، فهددت عشتار باقتحام الأبواب المقفلة ودك أعمدها إذا لم تفتح أمامها، كما توعدت بأنها إذا لم تفتح الأبواب أمامها فإنها ستجعل الأموات يبعثون من جديد ويفيضون عدداً على الأحياء، وفتحت الأبواب أمامها، وعبرت إلى الأروقة السبعة في عالم ما تحت الأرض، وفي الباب الأخير

اعترضها (لمتاروا) رسول اختها، والذي أقدم على تنفيذ تعليمات سيده ملكة العالم السفلي، فنزع عنها حليها من يديها وقدميها وعنقها وصدرها، كما نزع التاج عن رأسها، ومشد خصرها، ثم جردها مما ارتدته من الملابس طبقة طبقة حتى أتى على تسعة منها بما فيها لباسها الشفاف الذي التصق بجسدها، ومن بعدها سيقت إلى حضرة أختها والتي أمرت أن تحجز في زنزانه، وأن تصاب بستين مرضاً. وكان لما حدث صداه في الأرض التي أفقرت، وفي السموات التي أسست وحزنت، وعلى أثر ذلك توسط والدها (سن) إلى الإله ايا (Ea) لتخليص عشتار، فخلق أيا المخنث (اسوشو- نمير) وأرسله إلى عالم اللاعودة (العالم السفلي). وزوده بالكلمات التي من شأنها أن تقيد إرادة أخت عشتار ملكة العالم السفلي، ولم تستطع الأخت مقاومة هذه الكلمات المقيدة لإرادتها، كما لم تستطع هي وبسحرها إغراء المخنث (اسوشو- نمير)، ولم يكن لها بد من أن تطلق سراح أختها عشتار، والتي تم رشها بماء الحياة، وعبرت عشتار الأبواب السبعة التي دخلت منها، واستعادت في كل باب منها ما نزع من جسدها من حلي وجواهر وملابس أثناء دخولها. ومن الأساطير التي تتناول عشتار ما حكى عن سرجون ملك (آجادي)، وجاء في الحكاية على لسان سرجون بأن أمه كانت كاهنة، وبأنه لم يعرف أباه، وبأن أمه قد حلمت به وولدهته سراً، ووضعت في سلة وأنزلته فوق ماء النهر، وبأن النهر حمل السلة الحاوية للطفل إلى أن اعترضها رجل يدعى (أكبي) والذي التقطه ورباه، واستخدمه كبستاني عنده، وفي هذه المرحلة أحبته عشتار ثم أصبح ملكاً بفعل نفوذها وسطوتها.

ومن أهم الأساطير التي تناولت عشتار أسطورة كلكاميش، والتي اقترن اسمها به، وتدور حوادث الأسطورة في مدينة أوروك غني جنوب شرقي العراق، وتفيد الأسطورة بأنها حاولت إغراء كلكاميش الذي صداه، ونعتها بأحط الصفات، ووصمها بالتبذل الجنسي مع الرعاة والبستانية حتى مع الأسود وصلادم الخيل والنسور، واتهمها كلكاميش بأنها أحبت الإله تموز في النهاية (إله الحصاد)، وهو ما أدى به للموت. ويتضح من الأساطير البابلية والسومرية هذه أن عشتار قد خصت بصفات الأنوثة، وما يقترن بهذه الأنوثة من إغراء وقسوة وحتى الموت لكل من وقعت عليه رغباتها مهما كانت منزلته، خاصة ذوي المنزلة منهم بما فيهم الآلهة، كالإله تموز، ومع هذه الصفات، ظلت عشتار ملكة العالم بحكم سلطة الحب التي لا تقاوم.

استارقي - (عشتار الفينيقية):

اعتبر الفينيقيون من شرقي البحر المتوسط (عشتارت) بأنها الهتهم العظيمة والربة

الرئيسة لصور وصيدا في لبنان القديم، غير أنها عبت أيضاً في كل من مصر، وبلاد الحثيين والكنعانيين، وفي معتقدات من عبدوها فإنها ربة الحب وربة الحرب، تماماً كما اعتبرت من قبلها عشتار في حضارات ما بين الرافدين، وافروديت في الحضارة الإغريقية فيما بعد، ويتضح من التسمية ومن الزمن التاريخي بأن أسطورة عشتار انتقلت من بلاد بابل وآشور إلى سواحل البحر المتوسط، وأعطاهما الفينيقيون اسم عشتارت أو (أستارتي)، ومن هناك انتشرت الأسطورة إلى بلاد الإغريق وأعطيت اسم افرويت، ومن بلاد اليونان انتشرت الأسطورة العشتارية إلى بلاد الروم وعرفت باسم فينوس (الزهرة).

### أسطورة أفروديت:

ربما كان للإغريق ربة للحب قبل وصول أسطورة أفروديت إليهم، وكان أن حمل الفينيقيون هذه الأسطورة ذات الأصول الآشورية والبابلية وأعطوها اسم (أستارتي)، وبوصولها أعطاهما الإغريق اسم أفروديت واعتبروها في البداية ربة الخصب، ومن بعد ربة الحب في أنبل نواحيه، وفي أكثرها انحطاطاً، وقد تعددت الأساطير حول أفروديت وذلك طبقاً للمكان الذي سادت فيه أسطورتها، ومن أشهر هذه الأسطورة التي خصت بها أفروديت يورانيا Aphrodite urania، والتي اعتبرت فيها أفروديت ربة للحب الصافي والمثالي، أما أفروديت الحواري Aphrodite Nymphia فقد نظر إليها بأنها حامية للزواج، وصلى لها البنات العوانس والأرامل للحصول على أزواج، أما أفروديت باندينوس Aphrodite Pandenos، وكذلك أفروديت الغانية، فقد نظر إليها بأنها ربة الشهوة والحب الدنيء، وراعية المومسات، وطبقاً لهذه التصورات لنشاطات أفروديت فقد انتشرت في قبرص وكريت واليونان وغيرها من الجزر الأيجية المعابد والتماثيل وطرق العبادة المختلفة لعبادتها وتمجيدها. ولعل من أهم ما ورد في أسطورة أفروديت هو ما يتعلق بميلادها، والتي وصفها الشاعر هوميروس بأنها ابنة (الآله زيوس) والربة (دايون)، أما التصور الشعبي لولادة أفروديت فقد تضمن الوقائع التالية، وهي كما سيتضح وقائع أسطورية في غاية الغرابة، وطبقاً للأسطورة، فإن الإله كرونوس Cronus (إله الزمن) قام بخصي والده (يورانونوس) وذلك بتحريض من أمه عليه، وقام برمي عضوه التناسلي في اليم، وطاف العضو فوق الماء مما أحدث زبداً أبيضاً، والذي منه نهضت أفروديت، ومن هناك حملها النسيم الغربي عبر البحر الهائج وحتى الوصول إلى ساحل قبرص، وهناك استقبلتها حواري البحر، وألبسها أغلى الثياب وأروع الحلى وصحبها إلى مجلس الخالدين وإلى جانبها مثنى كل من الحب والرغبة، ولما وقعت عليها



عيون الالهة صعقوا بجمالها، وكل واحد منهم - كما قال الشاعر هوميروس - تمنى لو اتخذها زوجة وصحبها إلى مكان إقامته، ولم يكن في ذلك عجباً، إذ أنها كانت خلاصة ومثالاً للجمال الأنثوي، وكل ما فيها كما جاء في وصفها: (من شعرها الوضاء إلى قدميها الفضيتين كان حسناً صافياً ومتناسقاً، ومنها طفح كل ما يغري ويأسر، وعلى وجهها الحلو حلت ابتسامة رائعة).

لقد أثار جمال وحسن أفروديت انتباه وهفة جميع الإلهة، غير أنها اختارت منهم أكثرهم قبلاً في شكله، واتخذته زوجاً لها، غير أنها مالت خلال زواجها إلى غيره من الآلهة ومنهم (أريس Ares) و(هرميس Hermes)، كما أنها غازلت جميع الخالدين من الآلهة باستثناءات قليلة وحتى سيد الآلهة كلهم، زيوس، فقد خضع لسلطانها، وسلبت له عقله، ودفعته إلى ملاحقة النساء الدنيويات، وقد عاقبها زيوس بأن دفعها إلى مضاجعة عشاق من بني البشر، ومن هؤلاء كما تقول الأسطورة البطل الطروادي (انخيسوس Anchises) والذي حاكى جماله حسن الآلهة، وقيل لقاءها له أعدت نفسها للقاء، فقامت الرباط بتزيينها وتطبيخها وإلباسها أثمن الملابس والحلى والمجوهرات (ويبرز ثديها من غلالته كأنه القمر... . ولما ارتقت سفح جبل (ايدا Ida) سارت إلى جنبها الذئب والأسود والنمور، وظهروا جميعهم وكأنها أشاعت الحب في قلوبهم، وعند وصولها إلى مسكن انخيسوس، اتخذت منه زوجاً، وضاجعها وهو لا يعلم من هي، وفي الصباح التالي عرفته أفروديت بنفسها، وطمأنت أنخيسوس بأنه سيعيش طويلاً حتى ولو تزوج من ربة خالدة، ووعدته بسلام على أن لا يبوح أبداً باسم أمه، وسمى الغلام (اينياس) والذي عرف بتقواه وورعه. واتسعت أسطورة أفروديت بعد أن جلب البحارة الإغريق إلى اليونان أسطورة حب عشتار البابلية للالهة تموز، فحاكوا أسطورة مماثلة حول حب أفروديت لأدونيس. ولعل من أطرف ما ورد من الأساطير عن أفروديت ما قيل عن أن نحائلاً باسم بجماليون والذي كان يعيش في بلدة أماتوس في قبرص، والذي كان يعيش بعزلة سعيدة بين تماثيله، وكان صادفاً عن النسوة في بلده بسبب سلوكه المشين، خاصة وإنهن أنكرن على أفروديت ألوهيتها، وعقاباً لمن على هذه الأفكار أقدمت أفروديت على حملهن على الخلاعة وارتكاب العار والدعارة، وبالنسبة لآخرته حولتهن إلى صخور، ولكن بجماليون ظل متمسكاً بتقديره واحترامه لأفروديت، وفي مثل هذا الشعور الغامر قام بجماليون بصنع تمثال لامرأة في غاية الحسن، ولما أتم التمثال وقع في حبه، غير أن التمثال البارد لم يستجب لحبه، وعندما شفت أفروديت على النحات، وذات يوم وعندما قام النحات بضم التمثال بين ذراعيه، أحس بجماليون فجأة بتحرك التمثال، والذي بادله القبل مما أوحى له بأن

لقد خصت أفروديت بمقدرات هائلة ومتنوعة ومتضاربة أحياناً، فهي من ناحية تنشر السعادة والفرح بين الناس، ومن ناحية أخرى كانت ربة مخيفة طاغية ملأت قلوب النساء بسورة الرغبة الجائعة، وأنزلت العقاب في ضحاياها، فحملت بعضهن على خيانة والدين، وأخريات على هجر بيوتهن واللحاق بالغرباء، وحولت بعضهن إلى وحوش وغيلان، ومن ناحية ثالثة فإنها ترأست قدسية الزواج، وتعهدت البنات اليتيمات بالرعاية، وأشربتهن بيديها الحليب، وأطعمتهن العسل، ودعت الإله زيوس إلى منحهن السعادة المستقبلية، وهكذا فقد أضفى على أفروديت الأفريقية من صفات ما لا يقل عن ما أضفى على عشتار البابلية من صفات، ومع أن هذه صفات أسطورية، إلا أنها تنوه بما وجده القدامي من صفات في الأثنى، كما كانت أو كما تخيلوها، أو تمنوها، ومنها كانت هذه الصفات الأسطورية، إلا أن لها أن تفيد بالأهمية العظيمة التي تحتلها الأثنى في حياة بني البشر، وهي أهمية لم تتناقص حتى مع غياب الأساطير عن حياتنا المعاصرة. كما يتضح في هذه الأسطورة أن جمال الأثنى وما تثيره في الرجال من شهوة جنسية هو قوة أعظم من أقوى ما يستطيعه الرجال في الحياة . . .

### أسطورة هرموافروديت:

تفيد أسطورة هرموافروديت بأن أفروديت قد أنجبت مولوداً من عشرتها مع الإله (هرميس Hermes)، غير أنها أرادت أن تبقى الولادة سراً، فعهدت بالمولود لحواري جبل (ابدا Ida)، واللواتي قمن بتنشئته في الغاب، وبلغه سن الخامسة عشرة أظهر الفتى صفات الوحشية، فكان همه الصيد في أحراج الجبل، وأثناء تجواله ذات يوم وصل إلى شاطئ بحيرة هادئة وعذبة مما أغراه بالسباحة فيها، وهنا ظهرت له الحورية (سلماسيس) والتي كانت تحكم البحيرة، ولما رآته أخذت بجماله الخلاب ووقعت بحبه في الحال، ورمت بذراعيها حوله وغمرته بالقبل، وعبثاً حاول صدها، وعندها صرخت سلماسيس وهي تقول: (أيها الشاب القاسي، إنك تكافح عبثاً، يا أيتها الآلهة امنحيني أن لا أفترق أبداً عن هذا الشاب، أو أن يفترق عني)، وعلى أثر هذا الدعاء للآلهة جمع بين جسديهما وأصبحا شخصاً واحداً، وبهذا التوحيد أصبح الإثنان بشكليهما الموحد: لا ذكراً أو أنثى، وبديا بدون جنس لكنهما بجنسين مختلفين. وتتواصل الأسطورة بأن ما نجم نتيجة للتوحيد بينهما هو أن مياه البحيرة اكتسبت خاصية تسيب العنة لأولئك الذين يستحمون فيها، وبأن هذه النتيجة كانت تحقيقاً لرغبة هرموا فروديت قبل أن تغوص به سلماسيس إلى أعماق البحيرة. وما يقتضي الإشارة إليه هو أنه قد يكون في

أسطورة أفروديت تنويه بالشكل الملحمي لأفروديت، والذي له ما يقابله بالشكل الملحمي لعشتار أيضاً، مما له أن يفيد باعتقاد القدامى بالأصول الجنسية المزدوجة للأنثى (كذكر وأنثى في آن واحد)، وعلى كل حال فقد ظلت التسمية الواردة في أسطورة هرموا فروديت قائمة حتى الآن، حيث إننا ما زلنا نطلق على أولئك الذين يجمعون في شكلهم البيولوجي بين بعض سمات الذكورة والأنوثة بأنهم (خنث) أو هرمو افروديت.



## الفصل الخامس عشر

---

### الجمال والجنس والنفس

- مقدمة.
- ماهية الجمال.
- الجمال واللذة.
- الجمال الطبيعي والجمال المجلوب.
- فنون التجميل.
- الجمال الإنساني والجمال الفني.
- الجمال والجنس.
- الجنس المجرد من الجمالية.
- الفنون الجنسية.
- التصوير الجنسي.



## الفصل الخامس عشر :

### الجمال والجنس والنفس :

#### مقدمة :

الجمال والجنس والنفس ثلاثية محكمة الترابط يصعب الفصل بينها، والأصعب من ذلك محاولة فهم كل طرف من هذه الثلاثية أو تحليل وفهم الرابطة بينها، ونحن في هذا الفصل سنجنب أنفسنا والقارئ معنا من الخوض العميق والمغرق في هذه الثلاثية طرفاً طرفاً، أو مجموعها الكلي، فالبحث في ذلك طويل وعسير، وللأطناب فيه أن يزيده عسراً وتعقيداً، وكل ما أحاوله الآن هو البحث في ماهية الجمال الإنساني، وفيما إذا كان للجمال أو عدمه من تأثير على الحياة الجنسية مباشرة، أو عن طريق التأثير على النفس أولاً، وبصورة غير مباشرة على الجنس.

تناول الكثيرون عبر العصور موضوع الجمال، ومن هؤلاء الفلاسفة والأدباء والفنانون، وعلماء النفس، وغيرهم، وسيكون من المتعذر نقل آرائهم في ماهية الجمال ومحلّه من الحياة الإنسانية. وفيما يلي نقتبس بعض أهم هذه الآراء، والتي لا تتماثل بالضرورة، وإن كانت تتفق في أن الجمال هو عنصر أساسي وفعال في الحياة الإنسانية، ويصعب على الإنسان وربما على غيره من الكائنات الحية من حيوانية، وربما حتى النباتية من البقاء في حياة خالية من معالم الجمال.

## ماهية الجمال

لعل الفيلسوف بلوتينوس Plotinus والذي عاش في القرن الثالث بعد الميلاد ومؤسس المدرسة الرومانسية الأفروطونية الجديدة هو من أهم الذين تناولوا ماهية الجمال بالبحث، وقد رأى في تحليله لماهية الجمال بأنه (أي الجمال) هو ذلك الشيء الذي يصدر عن الواحد (الخالق) ويقع على كل شيء من فن أو جمال، ويتساءل بلوتينوس في مقاله عن الجمال بقوله: «... ما هو ذلك الذي يجتذب عيون أولئك الذين توضع أمامهم الأشياء الجميلة، والذي يدعوهم ويغريهم نحوها ويملاهم بالفرح لما يرونه؟... إن الجمال يتوجه بالدرجة الأساس نحو البصر، غير أن هناك جمالاً للسمع أيضاً، كما هو الحال في تركيب الكلمات وجميع أنماط الموسيقى، ثم أن الأفكار أيضاً تشعر بالجمال في مسيرة الحياة، وفي الفعل، وفي الأخلاق، وفي السعي وراء المعرفة، وهناك أيضاً جمال الفضيلة...»، ويتساءل بلوتينوس: «ما هو إذن ذلك الذي يعطي جمالية للأشكال المادية، أو يشد الأذن إلى الخلاوة التي يدركها في الأصوات، وما هو السر في الجمال الذي هو موجود والذي ينبع من الروح؟». وطبقاً لبلوتينوس «فإن المبدأ الذي يضمني على الأشياء المادية جمالاً، بأنه شيء ما يمكن إدراكه من أول نظرة، شيء تسميه الروح وكأنه ينبع من معرفة قديمة، وبالتعرف عليه، فإنها (أي الروح) ترحب به، وتندمج في وحدة معه، أما إذا وقعت الروح على ذلك الشيء القبيح، فإنها تنكمش في ذاتها، وتنكر الشيء، وتناى عنه، وبسبب عدم توافقها فإنها تعافه...». وهكذا، فإن بلوتينوس يرى بأن الشيء يصبح جميلاً عن طريق الإتصال بالفكر والذي ينبع مما هو إلهي، وبهذا فإن بلوتينوس يخرج عن حصر الجمالية في الشكل الذي تظهر عليه الأشياء والأجسام، ويرفع الجمالية إلى مستويات أعلى تتجاوز مجرد ما نراه، وإلى رؤيا الروح التي هي من روح الإله، ويقول بلوتينوس في عين الروح: «إنها العين الوحيدة التي ترى الجمال الجبار، أما إذا جازفت العين بالرؤيا وتعتمت بالرديلة، وبالشوائب، وبالضعف، وأصبحت غير قادة ببهاتتها أن ترى فيض الضياء، فإنها لا ترى شيئاً حتى ولو كان على بعد نقطة منها، ولأي رؤيا فإنه يقتضي أن تتوافر عين تتكيف على كل ما يقتضي رؤيته، وأن يكون هناك بعد التشابه معه، ولم يحدث أبداً أن رأت العين شمساً، إلا إذا أصبحت أولاً شبيهة بالشمس، وليس للروح أن تنال رؤيا الجمال إلا إذا كانت هي في ذاتها جميلة» - وهكذا، فإن بلوتينوس يرى في الجمال روحاً إلهية، وليس لأحد أن يدرك الجمال الأول من أي شيء إنساني أو غيره إلا إذا كانت له المقدره على التحسس بذلك من الخالق، وكل بقدر ما وهبه الله، وهو كما هو واضح يدخل في الجمالية ما يزيد على الشكل الذي هو في مجال البصر، ويتجاوزه إلى كل ما هو جميل من



القيم الحياتية العليا، من فضيلة، وعفة، وفكر، وشجاعة، توحد المخلوق مع خالقه، وبهذه الآراء فإن بلوتنيوس يلتقي مع المثل الذي يعتمده الكثيرون، والذي يقول بأن: (الجمال هو في عين الناظر)، وهو ما يفيد بأن لكل إنسان قدرة من التحسس بالجمال ومن قيمة هذا التحسس.

## الجمال واللذة:

لفهم العلاقة بين الجمال واللذة لا بد من التفريق بينهما أولاً، ولعل أفضل من تناول هذا الموضوع بالبحث هو الكاتب والشاعر والناقد جورج سنتايانا (١٨٦٣ - ١٩٥٢)، وذلك في مقالة له بعنوان (حسن الجمال)، ويقول سنتايانا في مقدمة مقاله: «إن التمييز بين اللذة وبين حس الجمال هو في عدم أنانية الرضا الجمالي، ففي اللذات الأخرى، كما يقال، فإننا نرضي أحاسيسنا وعواطفنا، أما في الجمال فإننا نرفع إلى ما هو أعلى من أنفسنا، وهناك تصمت العواطف، ونصبح سعداء في معرفتنا بذلك الشيء الحسن الذي نسعى إلى تملكه، فالرسام لا ينظر إلى نبع من الماء بعين رجل عطش، ولا إلى امرأة جميلة بعين زير للنساء»، غير أن سنتايانا لا يتفق مع هذا التمييز الذي يراه غيره بصورة كاملة، ويقول: «إن هذا القول صحيح، غير أنه صحيح في أدنى سلم جميع المساعي والمسرات، إن كل متعة حقيقية هي بمعنى ما متعة غير أنانية، وهي غير مستهدفة بحوافز خارجة عن اللذات، والذي يملأ الفكر ليس بالشيء المحسوب، وإنما صورة موضوع أو حادثة مشبعة بالعاطفة...»، ويقول في ضرورة أن نكون مهتمين بالجمال، «إذا لم نكن مهتمين بالجمال، وإذا كان لا يقتضي لسعادتنا أن تكون الأشياء جميلة أو بشعة فإننا سنظهر ليس فقط أقصى ما يمكن من غياب خاصية الجمال، بل غيابها كلياً». ويتناول سنتايانا ماهية الجمال، وفيما إذا كانت هذه الماهية عامة وكونية، أو فردية، ويقول في ذلك: «إن مما لا معنى له أن نقول بأن ما هو جميل في حكم أحد ما يجب أن يكون جميلاً في حكم شخص آخر، فلو كانت أحاسيسهما واحدة، وارتباطاتها وميولها متماثلة، فإن نفس الشيء يمكن أن يكون جميلاً في حكم كل منهما، ولو كانت طبيعتهما مختلفة، فإن الشكل الذي يمكن أن يكون أخذاً للواحد منها له أن يكون للآخر حتى غير مرئي، وله (هذا الأخير) بسبب تباينه في التصنيف والتمييز في الإدراك أن يرى نفس الشيء وكأنه مجرد جزء دميم، أو تجمع لا شكل له من الأشياء، بينما يبدو ذلك لشخص آخر كلاً تام الكمال... إن من السخف أن يقال بأن ما هو خفي لإنسان معين يقتضي أن يكون جميلاً عنده، إن من الواضح هو أن هذا الإلتزام بالتعرف على نفس الصفات يعتمد على تملك الناس لعين الخصائص، غير أنه

ما من إنسانين لها عين الخصائص، كما أنه لا يمكن للأشياء أن يكون لها نفس القيم تماماً لشخصين من الناس». ويقول سانتايارنا في مسألة التذوق للجمال، «ما من شيء له علاقة أقل بالقيمة الحقيقية لأي نتاج للخيال أكثر من مقدرة كل الناس على تذوقه، والإمتحان الصادق هو درجة ونوعية الإرضاء الذي يمكن أن يعطيه ذلك النتاج لذلك الشخص الذي يتذوقه... فلو كان إعجابنا أقل عمومية، فقد يصبح أكثر واقعية»، ويتضح من هذه الخلاصة لمقالة سنتايارنا أنه لا ينكر على الجمال أن يعطي اللذة لمن يدركه، كما أنه يعطي الجمال خصوصية يدركها المتعرض له وبالقدر الذي يتحسس به، وهو قدر له أن يتباين بين شخص وآخر. ويؤكد سنتايارنا هذا المبدأ بقوله: «إن الجمال كما رأينا، هو قيمة، ولا يمكن النظر إليه كوجود مستقل يؤثر في أحاسيسنا، والذي نلاحظه بعد ذلك هو أنه (أي الجمال) يوجد في ادراك الملاحظ، ولا يمكن أن يوجد في غير ذلك، فالجمال الذي لا يدرك هو لذة لا يشعر بها، وتعارض في القول». ويحتم سنتايارنا بالقول في تعريف الجمال: «إنه لذة، وتعتبر (أي اللذة) عاطفة نوعية للشيء... إن الجمال هو عاطفة، إنه عاطفة لطبيعتنا الإرادية والمتذوقة، إن ما من شيء يمكن أن يكون جميلاً إذا لم يعطي متعة لواحد ما من الناس، وهذه المتعة لا يقتضي أن تكون في المنفعة المتأنية من الشيء أو الحدث، وإنما في الإدراك الحسي الآني، ومعنى آخر فإن الجمال هو الحس النهائي، شيء يعطي الرضا لفعل طبيعي، لحاجة ما أو مقدرة أساسية لعقولنا...».

### الجمال الطبيعي والجمال المجلوب:

هناك من يؤمن بأن الجمال الحقيقي هو الجمال الذي يظل على خلقه الطبيعي لا تمويه فيه ولا تحوير، ولعل شاعرنا المتنبي كان متنبياً لهذه النظرة في قوله: -

حلو الحضارة مجلوب بتطرية وفي البداوة حسن غير مجلوب

وهناك من يرى بأن لظهور الجمال على حقيقته وبكامل إمكانياته ومقوماته وصفاته، أن يتطلب تعهده بما يظهره على أحسن حال، ولهذا التعهد أن يزيل كل ما يمكن أن يكون قد طمس الحسن الطبيعي للفرد، وبهذا لا يعتبر مثل هذا التعهد بأنه تمويه أو تحوير مجلوب، وإنما هو كشف عما هو كامن في الطبيعة من حسن وجمال، ولهذا فإن لنا أن ننظر إلى بعض وسائل التجميل والتطرية التي دأب الإنسان على استعمالها من مطلع الوجود وحتى الآن، بأنها محاولات لإظهار الحسن الإنساني على أفضل ما هو عليه في الطبيعة، غير أن بني الإنسان قد أمعنوا في هذه الوسائل وفي محاولات إظهار

الحسن إلى حد خلق حسن جديد له في الكثير من الأحيان أن يبالغ كثيراً في الحقيقة الأساسية لما يتمتع به الشخص من جمال، وأحياناً إلى الوصول إلى حدود التمويه الكاذب بحيث لا يتوافر أي تقارب أو تطابق بين واقع الحال وبين الظاهر من ملامح الجمال، وهو ما يصح اعتباره جمالاً كاذباً أو خادعاً... ولعل الكثير مما يظهر للعيان من الجمال المجلوب... إن لم يكن أكثره... هو من هذا النمط من الجمال المجلوب الكاذب، أو على الأقل من الجمال المبالغ في حقيقته والذي لا يخلوا من تمويه أو تزوير. وفي الفقرة التالية نورد أهم الأمثلة عن محاولات جلب الجمالية، وخاصة للإناث وفي بعض الحضارات، ولعلنا نجد في هذه الأمثلة ما يؤثر إلى تلك المناطق الجسمية التي تركز عليها انتباه الناس في تلك الحضارات واعتبروها مواطن حسن وجاذبية، وهم لذلك أمعنوا في تشذيبها وتبريجها وإظهارها.

### فنون التجميل:

لعل فنون التجميل قديمة كقدم الإنسان، فالآثار القديمة كلها تبرز كلى الجنسين بصور تتم عن محاولات التجميل، وهو ما يتضح من التماثيل المنحوتة أو من الرسوم، وكذلك الآثار الأدبية والشعرية والتي تتضمن أوصاف الذكور والإناث بما يشير إلى تأكيد القدامي على النواحي الجمالية في الحياة الإنسانية ومحاولات إبرازها، وسيكون من الصعب على الباحث أن يجد مجتمعاً من العهود الماضية والذي لم يمارس فناً أو آخر من فنون التجميل، كما أن من المتعذر على الباحث في انثروبولوجية الشعوب في العصر الحاضر أن يقع على شعب أو حضارة لا تتوافر فيها المحاولات الفنية من شعبية أو متخصصة لتجميل الإنسان في دور أو آخر من أدوار حياته أو نشاطاته، ولا يستثنى من ذلك الأقوام البدائية التي ما زالت قائمة بيننا، والتي ما زالت تعيش حضارات العصر الحجري، ونحن لا نجد ضرورة لتفسير هذا التواصل المستمر.

### الجمال الإنساني والجمال الفني:

الجمال الإنساني هو ما يتمتع به الواحد، أنثى أو ذكراً، من خصائص تجذب الآخرين نحوه، ومع كثرة ما يتوافر في الإنسان من مظاهر الجمال، وما هو معروف من الجاذب نحو هذه المظاهر، إلا أن ما من أحد استطاع تحديد الخصائص التي لا بد من توافرها لكي يعتبر صاحبها جميلاً وجذاباً، وحتى في تلك الحالات التي يتوافر فيها قدر من الإتفاق بين بعض الناس حول جمالية فرد ما، فإن هناك من لا يتفق حول هذا الحكم، وهو واقع ينطبق على أكثر الناس وفي معظم المجتمعات والعصور، وليس

لأحد أن يتوقع وجود نموذج إنساني يتمتع بالجمال الأعظم والذي يقاس به ما يمكن أن يتمتع به أي إنسان من حسن وجمال، ولو حدث ووجد مثل هذا النموذج، فإنه يشك في أنه سيظل مقبولاً على هذه المنزلة من جميع الناس في كل مكان وزمان، ولعل في هذه الحقيقة سر بقاء الجمال في الحياة كحالة متجددة تنبع ليس فقط من موضوع الجمال في ذاته، وإنما، وبصورة أكثر تأثيراً، في الذي يدرك ذلك الجمال في لحظة التعرض له، وهذا الواقع قد نفى أن يكون الجمال صفة معينة وثابتة، وفتح المجال لتنوع هائل العدد من الصور الجمالية، والتي يتلاقى فيها موضوع الجمال الإنساني مع تصورات الفرد المعرض له حول صورة الجمال ومحتواه، وهي تصورات لها أن تختلف بين فرد وآخر، وحتى في الفرد نفسه بين حين وآخر، وطبقاً للغرض الذي يتوخاه من إدراكه لحالة جمالية معينة.

لقد حاول الفنانون في مختلف مجالات الفن من نحوت ورسوم وأدب وشعر التعبير عن ذلك الذي يعتبرونه مثلاً أعلى للجمال، والمتابع لفنون التجميل من أقدم العصور وحتى الآن، يدرك بأن الجمال كان في الماضي وما زال في الحاضر يخدم هدفاً أساسياً في الحياة الإنسانية وهو هدف يمكن اعتباره من عناصر البقاء، ولعله من أكثر هذه العناصر أهمية، وضرورته تتساوى مع ضرورة الطعام والجنس في الحياة، وهناك من يشك في مقدرة الإنسان على البقاء، أو في حاجته إلى مثل هذا البقاء لو أن حياته خلت كلياً من عناصر الجمال، أو أنه ظل عاجزاً عن خلق هذا الجمال في محيطه، أما خلقاً تقليدياً لما هو في الطبيعة، أو خلقاً رمزياً لتلك الرموز التي ما زلنا لا نعرف معانيها، وإن كان لنا أن ندرك حاجة الإنسان إليها، وبدون إدراك واعٍ منه لمعانيها، وليس لنا أن نعجب من ذلك، فالكائنات الحية من حيوانية ونباتية لها مقوماتها ومسالكها التي ترضي عليها الجمالية، وهي من هبة الخالق لها، وهي بالتأكيد لم تحدث مصادفة، ولم تأتي عبثاً، ولنا أن نرى في فنون التجميل الإنساني محاكاة لما في الطبيعة والكائنات الأخرى من جمال، والذي لا بد لنا من أن نصنعه بأيدينا لتكملة ما يبدو لنا من نقص في واقعنا الإنساني، والإنسان في ممارسته الفنية وتحسسه بجمالها، إنما يثبت بأن الحياة تستحق العيش، وهو بهذا الشعور يضمن لنفسه الحرص على دوام الحياة والسعي فيها، وهناك ما يبرر التشكك في مقدرة الإنسان على التعايش مع محيط أو حياة يخلو منها عنصر ما من الجمال سواء كان طبيعياً أو مجلوباً أو رمزياً.

## الجمال والجنس:

الصلة الوثيقة بين الجمال والجنس لا يمكن إنكارها أو إغفالها، ومع أن محاولات

إبراز الجمال أو زيادة التجميل، أو صنعه بالتمويه والتزوير، هي أكثر انتشاراً وشيوعاً في الإناث، إلا أن الذكور يلجأون لذلك بطريقة أو أخرى، وقد لا يكون في ذلك دلالة على العلاقة بين الجمال والجنس، غير أن العلاقة تتضح في أن إمعان الجنسين في محاولات التجميل تتضح في تلك المناسبات التي تعرضهما للقاء معاً مهما كانت مناسبة اللقاء أو هدفه، وكما يتضح ذلك من مظاهر التجميل الصاخبة والمجلوبة عن طريق التحضير لإظهار تقاطيع الجسم، واللباس، والزينة، والتطيب، والتعطير، والتعريّة، وغير ذلك من الأساليب التي يلجأ إليها الجنسان في مناسبات اللقاء والإغراء، ولعل الباحث يجد بأن الجهد المادي والزمني الذي يصرفه الجنسان في سعي للظهور بجمالية مجلوبة لا يقل عن ما يتكلفه الإنسان من أي جهد آخر في الحياة، بما في ذلك الحصول على السكن والغذاء، وفي ظل هذا الواقع السائد عبر الحضارات القديمة والحديثة والمعاصرة، فإنه لا بد من التساؤل فيما إذا كان الجمال الطبيعي منه أو المجلوب أية قيمة تخدم الحياة الجنسية لكلى الجنسين، وقد يساعد في الإجابة على هذا السؤال أن نستعرض بعض الممارسات التجميلية من حضارات مختلفة من قديمة أو حديثة والتي تنوه بالإعتقاد بأهمية العلاقة بين الجمالية والجنس.

\* يتضح من النصوص الشعرية للحضارات القديمة في بلاد ما بين الرافدين (السومرية والبابلية والآشورية)، الواردة في الأساطير بأن التزين والتجميل للأثني، كان شائعاً في تلك الحضارات، فقد ورد في ملحمة جلجامش بنصوصها البابلية والآشورية بأن آلهة الحب والخصب (عشتار) دأبت على تجميل نفسها بالملابس والحلي والعطور سواء في حياتها اليومية أو في لقاءاتها مع مضاجعيها.

\* وفي الأساطير الإغريقية ذكر أن أفروديت ربة الحب والجمال، قد تزينت وتبرجت كسميتها عشتار، فقد كانت وصيقاتها تقوم بتطيب جسدها بالزيوت والعطور، وتزينها بالجواهر الثمينة، أما حجابها «فقد كان أكثر بهراً من ألسنة النار، وحول عنقها تدلت القلائد، ومن تحتها برز نهداها كشعاع القمر، وحول خصرها تمنطقت بزئار سحري، والذي خصص بالمقدرة على أسر قلوب الآلهة وبنبي الإنسان».

\* وفي الحياة الإنسانية الفعلية توالى وتعددت وسائل التزين والتجميل والتطيب للشكل والجسم وخاصة للأثني في مواقف الإغراء والإثارة، والتي وصلت عادة إلى ذروتها في مرحلة الإعداد للزواج.

\* وفي العصر الحالي تواصلت هذه الممارسات وربما اتخذت من مظاهر الإسراف والتشعب في عمليات التجميل والتزين بهدف الإغراء والإثارة أكثر من أي وقت

مضى، وذلك بفضل توافر الوسائط الحديثة التي لم يكن لها مثيل في الماضي. وفيما يلي بعض الوسائل التجميلية التي تمارسها بعض الشعوب والحضارات المعاصرة:-

\* ذكر أحد الباحثين بأن الأنثى في جزيرة اكوناوا اليابانية تعتبر جميلة ومغرية للذكور، إذا كانت لها أسنان ذهبية، أما في فيتنام فإن النساء يلجأن إلى صبغ أسنانهن باللون الأسود، وفي مجتمعات أخرى تبرى أسنانهن إلى شكل اسنه حادة أو يقلع بعضها.

\* وفي بعض القبائل الأفريقية ينظر إلى النهدين المتدليين بأن لهما جمالية وجاذبية جنسية.

\* وينظر في بعض الأقوام البدائية البرازيلية إلى الأنثى التي تملك عضلات ثقيلة وصلبة في الفخذين والرجلين بأنها جميلة ومغرية ومثيرة للرجبة الجنسية.

\* وفي بعض القبائل التي تعيش في جزر المحيط الباسفيكي، اعتبرت الأنثى ذات البظر الضخم أنثى مثيرة للرجبة الجنسية، وفي أفريقيا الجنوبية مارست الإناث محاولة إطالة الشفار بصورة تدريجية، كما اعتبرت الأنثى ذات الإليتين الضخمتين آية في الجمال والجمالية.

\* وفي الكثير من المجتمعات المعاصرة نظر إلى شعر الرأس بأن له جاذبية خاصة، وفي مجتمعات قليلة ذاب الذكور والإناث على حلق رؤوسهم وحتى درجة الصلع، وفي مجتمعات أخرى حرص الجنسان على إزالة الشعر كلياً من كافة المواطن التي ينبت فيها الشعر عادة، ومعاودة ذلك كل بضعة أيام. وفي تقاليد أخرى ينظر إلى شعر العانة في الجنسين بأنه شيء مقرف يصد النفس، ولا بد من إزالته، بينما في حضارات أخرى ومنها الهندية، فإنها تنهي الذكور عن إزالته، وفي التقاليد العبرية الأرثوذكسية يقتضي على الأنثى إزالتها في مناسبة الزواج.

\* في بعض الحضارات ينظر إلى الأنثى ذات الأرداف الواسعة بأنها جميلة ومغرية، بينما في حضارات أخرى ينظر إلى ذلك شزراً، ومثل ذلك ضخامة الجسم والنهدين، وعلى العموم فإن هناك ما يشير إلى تغيير في النظرة الجمالية للأنثى حيث يشاهد الآن تحول في النظرة الجمالية، وما ارتبط بها من نظرة جنسية من البدانة إلى النحافة الجسمية.

\* وتختلف الشعوب في نظرتها إلى الجاذبية الجنسية من حيث لون البشرة، فمنها من تفضل البشرة السمراء أو السوداء، فهناك بعض المجتمعات السوداء التي ترى في

بياض الأنثى الغربية بأنه شيء صاد، وبعضها يميل إلى البشرة ذات اللون الفاتح، وهناك اليوم الكثيرون من أفراد المجتمعات البيضاء البشرة والذين يجدون متعة متزايدة في البشرة السمراء في كلا الجنسين، وهم يحاولون إحداث هذا التغيير في بشرتهم إما بالتعرض لأشعة الشمس، أو الضوء الصناعي أو باستعمال طلاءات البشرة المختلفة، أما سود البشرة فإنهم قلما يميلون للبشرة البيضاء.

\* تمارس الشعور المتحضرة أساليب التجميل عادة عن طريق اللباس والحلي والعمود وزينة الوجه والشعر، أما في الشعوب البدائية والتي تظهر بدرجة أو أخرى من العري، فإن عمليات التزين تشمل الجسم بصورة عامة، وهم يرون في كثرة التزين للجسم ما يفيد بمنزلتهم الإجتماعية، كما يرون فيه ما له أن يبعد عنهم الأرواح الشريرة، ومن هذه الأقوام من يطلي الجسم بلون أبيض أو أحمر أو بألوان عدة بيضاء وسوداء وحمراء.

\* ومن الممارسات التجميلية ما يركز على الوجه ليس بالمساحيق فقط للجفون والرموش والحواجب والشفاه والخدود، وإنما يطبع نقاط ملونة على الوجه أو الجبين، وتوزيع هذه النقاط في مناطق محددة من الوجه أن يعطي دلالة على ما تحمله صاحبة هذه النقاط من مشاعر ورغبات وعواطف، ولهذا النقاط المصطنعة أن تفيد في إخفاء تشويه أو ندبة أو بثور في وجهه الأنثى التي تحاول الظهور أمام الرجل على أحسن صورة لها، وهدفها هو أن تبدو للناظرين بأنها فتية جميلة وجذابة جنسياً.

\* ومن الممارسات التي ما زالت الشعوب البدائية تمارسها، هي وشم عضو أو آخر من أعضاء الجسم بما في ذلك المواطن الجنسية بوشم صريح أو رمزي، وهي ممارسات انتشرت بصورة محدودة في بعض المجتمعات المتحضرة، ويأتي هذا الوشم عادة على صورة أشكال رمزية، وبعضها يتخذ أشكالاً جنسية فاضحة.

\* ومن الممارسات الأخرى، خاصة في المجتمعات البدائية، تقوم الأنثى بتجريح الوجه، أو ثقب فتحات في الأذنان والشفاه والخدين والأنف، وتعليق الحلقات أو الدبابيس فيها، وفي بعض الحالات القيام بثقب حلقات الصدر أو الفرج، وللذكور أن يقوموا بممارسات مشابهة.

إن هذه الممارسات من قديمة أو حديثة في كل من الحضارات البدائية أو المتقدمة وغيرها كثيرة، وتدل كلها على تأصل الرغبة عند الجنسين بالظهور بصورة جميلة وجذابة أمام الغير، وهي رغبة لا يمكن فصلها عن الرغبة الجنسية في الذين يقومون بها أو الذين يتعرضون لها.

## الجنس المجرد من الجمالية:

مع أن ممارسة التجميل هي ممارسة تاريخية وشاملة، ويمكن اعتبارها طبيعية إنسانية يفرزها غرائز الإنسان وفكره مع مقتضيات الحياة والمحيط، إلا أن هناك فئات اجتماعية لا تجد التجميل ضرورة كما لا تجد فيه ما يدفع إلى الإغراء أو الرغبة الجنسية، وقد ذهبت بعض هذه المجتمعات إلى حد رفض أو تحريم التجميل لغايات جنسية، وفيما يلي بعض الأمثلة على ذلك:

١ - لا تتوافر في سخيم وفي نيبال أية مواصفات للجاذبية بين الجنسين. وكل ما يقتضيه الجاذب بين الجنسين هو توافر فرص العلاقة الجنسية.

٢ - طبقاً للقواعد الأخلاقية الكنفوشية الصينية فإن محاولة الأنثى أن تكون جذابة في عين الرجل هو أمر مخالف للطبيعة وله أن يكون عملاً إجرامياً، واعتبرت محاولة الأنثى لأن تكون جذابة لزوجها أمراً مشيناً.

٣ - تنهى بعض الطوائف الدينية التوراثية عن التحدث في موضوع الجاذبية الجنسية، وهي لا تجد في هذا الحديث أمراً جدياً يستحق الإشتغال به.

٤ - هناك بيانات بأن بعض الأفراد ينجذبون جنسياً لشريك جنسي معاق جسمياً (مبتور الأطراف)، وإن بعضهم ينجذبون جنسياً للمصابين بمرضى الجذام.

## الفنون الجنسية:

أجريت بعض البحوث المقارنة حول تأثير الفنون الجنسية على النشاط الجنسي في كل من الذكر والأنثى، ومن هذه البحوث ما قام به كنزى والذي أفاد بأن ٥٠٪ من الذكور قد أظهروا استجابة جنسية بعد تعرضهم لمثل هذه الوسائط الفنية الجنسية، بالمقارنة مع ١٤٪ فقط من الإناث، وفي وقت لاحق قام آخرون ببحوث مماثلة وكانت نتائجهم متباينة مع نتائج كنزى، وقد أفاد الباحثان (شمدة وسيجوش Schmidt, Sigusch) بأن الجنسين أظهرتا استجابات جنسية الطابع نتيجة تعرضهم للوسائل الفنية الجنسية من صور وأفلام، وإن ٤٠٪ من الإناث أظهرن ميولاً وممارسات جنسية خلال الـ ٢٤ ساعة التالية للتعرض أكثر مما أظهره الذكور، وفي دراسة أخرى قامت بها الباحثة هايمان، تبين بأن الذكور والإناث كانوا متشابهين في استجاباتهم الجنسية للوسائط الفنية الجنسية، ثم أن الإناث كن أكثر استثارة بالوسائط المسموعة، وبأنهن في الكثير من الأحيان كن غير شاعرات باستجابتهن الجسدية.



\* تبين من دراسة مقارنة حول تأثير الفنون الجنسية على كل من الذكور والإناث قام بها الباحث المشهور (كنزي) وشركاؤه، أن الذكور قد أظهروا استجابة جنسية أعظم نتيجة لتعرضهم لهذه الفنون بالمقارنة مع الإناث، وخاصة استجابتهم للصور الجنسية الصارخة، غير أن الفروق كانت قليلة أو معدومة نتيجة التعرض لأفلام أو انتاجات أدبية والتي لا يظهر فيها عنصر الجنس بصورة مفضوحة.

\* وفي تلخيص لعدد من الدراسات حول هذا الموضوع قام بها الباحث (شمدة) أفاد بما يلي :-

١ - أفادت الإناث بما يدل على أنهن أقل استثارة من الذكور نتيجة للتعرض إلى صور وقصص ذات طابع جنسي، وإن كانت الفروق ضئيلة بين الجنسين.

٢ - معظم المتعرضين من الذكور والإناث أفادوا بحدوث استثارة فيزيولوجية جنسية أثناء التعرض.

٣ - فيما يتعلق بتعرض الجنسين للأفلام المصورة لسلوك الإغتصاب، تبين بأن الجنسين أظهرنا مشاعر متضاربة من الإثارة والإعراض الجنسي، وأن الإناث أظهرن درجة أعظم من الأعراض عن الجنس، وانهن شعرن بأنهن تشبهن بالأنثى المعتصبة، ومن الخوف من أن تتعرض لمثل هذا الإعتداء، بينما الذكور فقط أظهرنا شعور الإثم والأسى لأن يجدوا أنفسهم مثارين بدوافع جنسية عدوانية.

٤ - وفي دراسة قام بها الباحث (ليفاي) والتي أجراها على ٥٠ ذكر و ٥٠ أنثى عرض عليهم أفلاماً جنسية، وقام باستجوابهم بعد ذلك وأجرى لهم فحصاً على الأدرار قبل وبعد مشاهدة هذه الأفلام، وقد أفاد الباحث بما يلي :-

١ - أن الفئتين (الذكور والإناث) أظهرنا استجابات جنسية نتيجة للتعرض، غير أن استجابة الذكور كانت أعظم من استجابة الإناث.

٢ - أظهر أفراد الفئتين زيادة في كل من مادتي الأدرنلين والنور أدرنلين، غير أنها تساويا في إفراز نورادرنالن، بينما كان إفراز ادرنلين أعظم في الذكور بالمقارنة مع الإناث.

٣ - إن الأفلام كانت أكثر إثارة جنسية من الصور ذات المحتوى الجنسي.

### التصوير الجنسي:

يعتبر التصوير الجنسي وعلى نطاق واسع بأنه أحد الوسائط الهامة التي لها أن

تحرك الإهتمامات الجنسية وتذكي الرغبة الجنسية، وهذا الإعتبار لا ينحصر في العصر الحالي فقط، فمتابعة المسيرة الفنية عبر عصور التاريخ يظهر اهتمام القدامى بتصوير كل من الذكر والأنثى بشكل له أن يثير الإهتمام بالجنس والسعي نحوه، وهذا يتضح من التماثيل والنحوت والرسوم التي زحرت بها آثار هذه الحضارات، وقد امتد هذا الإتجاه الفني من الحضارات القديمة وحتى الحضارة الحالية، ولم يقتصر التصوير الجنسي على إبداع الأشكال الفنية لمحاسن الجنسين، وإنما شمل أيضاً فنوناً تعبيرية أخرى كالموسيقى والرقص واللباس، والقصص (مثل ألف ليلة وليلة)، والشعر والرواية، وتطور في هذا القرن إلى التسجيلات الصوتية المرئية للعلائق الجنسية والأفلام والفيديوات التي تصور المسالك الجنسية الطبيعية منها أو المنحرفة.

لم يكن هناك بدءاً من أن يقوم الباحثون في الأمور الجنسية بتقييم فعل هذه الوسائط الفنية (اليورنوغرافية) على الحياة الجنسية لكل من الذكر والأنثى، ومهما كان تأثير هذا الفعل كما أفادت به دراسات التقييم المختلفة، فإن مما لا شك فيه أن الفنين الذين قاموا بإنتاج هذه الوسائط قد تمتعوا باهتمامات جنسية وبأنهم وجدوا متعة ولذة في إنتاجهم، وإن كان من الصعب لأحد أن يقرر فيما إذا كان هذا الإهتمام والمتعة يرتبط أيضاً بأداء أفضل للعملية الجنسية، أما خلال إنتاج العمل الفني، أو عند التعرض لذلك الإنتاج. وفيما يلي بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون حول تأثير التعرض للوسائط الفنية المصورة للجنس سواء منها الوسائط المباشرة كالصور والأفلام أو غير المباشرة، كاللباس، والشعر، والزينة، والرواية، والموسيقى والرقص، وغير ذلك من الفنون التشكيلية والجميلة. وفيما يلي بعض أهم النتائج التي توصل إليها الباحثون وهي نتائج متباينة أحياناً: -

١ - إن التأثير لهذه الوسائط هو تأثير مثير للرغبة الجنسية والإستارة الجنسية على المدى الآني أو قصير المدى، وللتعرض لهذه الوسائط أن يحدث زيادة مؤقتة في النشاط الجنسي والذي يتم عن طريق الإستمناء، والقيام بعلاقة مع الشريك الجنسي، ويتضح من الدراسات حول هذا الموضوع أن التأثير الحافز والمنشط للجنس لا يستديم في المتعرضين لهذه الوسائط أكثر من يومين مما يقتضي تكرار التعرض وتنويعه.

٢ - لا يعرف تماماً مدى تأثير التعرض لهذه الوسائط على السلوك الجنسي، ويمكن القول بأن بعض التغيير في نمط السلوك الجنسي يحدث عادة في الخيال، غير أن للمتعرض هذه الوسائط أن يقلد، إذا سئحت له الفرصة، بعض المسالك الجنسية التي تعرض لها.

## الفصل السادس عشر

---

### العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث

- مقدمة.
- مختصر للبيانات حول إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال.
- العوامل المهيئة للطفل.
- العوامل الحافزة للقائمين بإساءة التعامل الجنسي.
- خصائص مرتكبي إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال.
- ضحية إساءة التعامل الجنسي.
- نتائج إساءة التعامل الجنسي.
- على المدى القصير، على المدى الطويل.



### العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث:

#### مقدمة

إساءة معاملة الأطفال والأحداث، وخاصة ضمن نطاق العائلة هو أمر معروف وشائع في معظم المجتمعات والعصور، غير أن الإنتباه والإهتمام قد توجه نحو هذا الموضوع في السنوات الأخيرة حيث تواترت التقارير والدراسات حوله، مما أفاد بأن العدوان على الأطفال جسدياً وعاطفياً وجنسياً قد أصبح اليوم ظاهرة ذات أبعاد واسعة وخطيرة في حياة الأطفال بصورة خاصة والمجتمع بصورة عامة، وعلى سبيل المثال فإن التقديرات لعدد الأطفال في الولايات المتحدة والذين يتعرضون للعدوان من عائلاتهم بشكل أو بآخر (العنف الجسدي، الإهمال، الحرمان من الحب، العدوان الجنسي، التجويع، وغيرها)، يزيد على مليون طفل في كل عام، إضافة إلى ١٢٥,٠٠٠ طفل يتعرضون لعدوان جنسي من نوع أو آخر، هذا وقد يكون العدد الفعلي لضحايا هذا العدوان على الأطفال أكثر من ذلك بكثير، ذلك أن نسبة كبيرة من حالات العدوان على الأطفال لا يصل خبرها خارج نطاق العائلة، ولعل أكثر البيئات إفادة عن مدى انتشار العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث هو ما أفادت به دراسة في الولايات المتحدة والتي أفادت فيها الإناث الراشدين بأن ما بين ٢١ إلى ٢٥٪ منهن

قد تعرضن في طفولتهم أو حدثتهن إلى درجة أو أخرى من درجات إساءة التعامل معهن جنسياً.

إن حالات العدوان الجنسي لها أن تقع على الأطفال في مختلف مراحل الطفولة والحادثة، وتمتد من عمر الخمس سنوات أو دون ذلك، إلى سن الخامسة عشرة، ويحدث العدوان على الأطفال الذكور والإناث منهم، (على الإناث بنسبة عشرة أضعاف الذكور)، في نطاق العائلة (الأب، الأم، الأعمام والأخوال والأخوة والأقارب)، ويقوم الأب بمعظم حوادث العدوان، غير أن للأنثى أن تقوم بعدوان مماثل، أما لوحدها على الطفل أو بالتعاون مع زوجها، هذا ولا يقتصر العدوان الجنسي على نطاق العائلة، فالكثير من الحالات تقع ضمن المجتمع بصورة عامة كالمدارس، ومؤسسات الإيواء للأيتام والمعوقين، وغيرها من دور الرعاية للأطفال والأحداث، وعلى العموم فإن معظم هذه الممارسات تظل ممارسات مستورة إلى أن يفتضح أمرها بصورة أو أخرى، ومع أن معظم القوانين تدين هذه الممارسات على اعتبار أنها عدوان على القاصرين، إضافة إلى أن العدوان ضمن نطاق العائلة يعتبر عدواناً محرماً، إلا أن التكتّم على هذه الحوادث يحدث من الجانبين، جانب المعتدي، وجانب المعتدى عليه من الأطفال، ومثل هذا التكتّم يفسح المجال لتزايد انتشار هذه الممارسات المنحرفة، والتي يقبل على القيام بها أفراد يتسمون باضطراب عقلي أو نفسي، أو بانحراف في الشخصية، أو أولئك الذين يعيشون في فراغ جنسي مطبق، ويجدون في الأطفال مجالاً آمناً لإفراغ شحناتهم ونزواتهم الجنسية.

إن مما يقتضي الإنتباه إليه هو أن بعض الأطفال يفيدون بحوادث من التعدي الجنسي عليهم، وقد تبين من متابعة بعض هذه القضايا، بأن مثل هذه الإفادات إنما هي خيالات وتصورات لا تستند إلى واقع، وإنما تمثل حاجة الطفل النفسية فقط، ولهذا يقتضي التوصل إلى وثوق تام من أن مثل هذه الممارسات قد تمت في الواقع.

### مختصر للبيانات المتعلقة بإساءة التعامل الجنسي مع الأطفال:

أنتوافر لإحصائيات موثوقة من معظم أقطار العالم حول موضوع إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال، ومعظم ما يتوافر حتى الآن ينحصر في مجالات الإمتهان الجنسي للأطفال والتي تصل إلى حكم القضاء، أما بقية المجالات، وهي تفوق أضعاف ما هو معلن، فإنها تظل في طي الكتمان بالنظر لحساسية مثل هذا السلوك في المجال العائلي والإجتماعي، وما يمكن أن يترتب على هذا السلوك من عواقب قانونية. ونحن فيما يلي

نعتمد البيانات الواردة من الدراسات الأمريكية حول حجم انتشار هذا السلوك، مع التأكيد بأن هذه البيانات لا تتوافق بالضرورة مع ما هو واقع بالفعل في المجتمع الأمريكي، كما أنها لا تمثل ما هو واقع في المجتمعات الأخرى والتي قد يكون حجم الانتشار لامتهان الأطفال جنسياً أعظم بكثير من حجمه في الولايات المتحدة. أو أقل من ذلك بكثير. هذا ويتضح من متابعة البيانات السنوية المنشورة حول مدى وقوع وانتشار سلوك إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال بأن هناك تزايداً ملحوظاً في حجم هذا السلوك، ويمكن تفسير ذلك على أنه دلالة على التحسن الحادث في عملية الإخبار عن هذه الحالات والإعلان عنها. غير أن لهذا التزايد أن يشير إلى أن التزايد الحادث يرتبط بما هو حادث من تزايد في معدل حالات الجنوح والإجرام والانحراف السلوكي والجنسي وتناول المستحضرات والعقاقير، إضافة إلى الأوضاع الاقتصادية، وغير ذلك من مظاهر التدني في المقومات الأخلاقية في معظم المجتمعات بما في ذلك مجال القانون.

### البيانات من الولايات المتحدة:

\* أفادت دراسة قام بها الباحث فنكلهور (Finklehor) حول هذا الموضوع في الولايات المتحدة عام ١٩٨٧ بالبيانات التالية: -

\* عدد حالات الإمتهان الجنسي للأطفال عام ١٩٨٥ بلغت ١٢٣,٠٠٠ حالة جديدة في ذلك العام.

\* بلغت نسبة انتشار العدوان الجنسي على الذكور من الأطفال ما بين ٣ - ٣١ في المئة منهم.

\* قدرت نسبة انتشار العدوان الجنسي على الإناث ما بين ٦ - ٦٢ في المئة منهم.

\* في تحليل هوية القائمين بالعدوان الجنسي تبين ما يلي:

- الآباء أو أزواج الأم ٧ - ٨ ٪

- الأعمام، والأخوال، والأخوة الكبار ١٦ - ٤٢ ٪

- الأصدقاء للعائلة ٣٢ - ٦٠ ٪

- الغرباء ١ في المئة

\* وعند تحليل درجة التعامل الجنسي، فقد أفادت الدراسة:

- العلاقة الجنسية الكاملة (الجماع) ١٦ - ٢٩٪
- الجنس الفوهي والجماع ٣ - ١١٪
- لمس الأعضاء التناسلية ١٣ - ٣٣٪

\* عمر الضحية (والذي يتراوح في معظمه بين سن ٥ - ١٦ سنة):

- بين سن ٩ - ١٢ أعلى نسبة من حوادث إساءة التعامل الجنسي
- دون سن ٨ سنوات ٢٥٪

\* أفادت الدراسة بالبيانات العالية حول العوامل التي لها أن تدفع بالطفل إلى مجال الإتهان الجنسي وأن تسهل بالتالي من استغلال الطفل جنسياً، وكما يلي:

#### العوامل المهيئة للطفل:

- معيشة الطفل مع أحد والديه فقط.
- توافر الصراعات الزوجية.
- تعرض الطفل في السابق للعدوان الجسدي.

#### العوامل الحافزة للقائمين بإساءة التعامل الجنسي:

- دوافع انحرافية غلبانية الإتجاه.
- عدم توافر مخرج جنسي بديل.
- فشل المعتدي في محاولة تأجيل الإرضاء الطبيعي للدافع الجنسي.

هذا وتفيد بيانات أخرى بأن عدد الحالات السنوية الجديدة من إساءة الإستعمال الجنسي في الولايات المتحدة تقدر الآن بحوالي ٢٠٠,٠٠٠ حالة جديدة وهو رقم يضاعف تقريباً النسبة المقدرة في دراسة فنكلهور السابقة لعام ١٩٨٥. . . ومن الدراسات الإحصائية حول مدى انتشار إساءة التعامل الجنسي في الولايات المتحدة، الدراسات التالية:



## دراسة كنزي:

والتي أفادت بأن ٢٤٪ من النساء أفدن بأنهن تعرضن للإمتهان الجنسي من درجة أو أخرى أثناء طفولتهم الواقعة بين سن ٤ - ١٣ سنة من أعمارهن وذلك من قبل الذكور الذين زادوا عنهن بعمر ٥ سنوات على الأقل.

## دراسة جاجنون Gagnon:

والتي أفادت بأن ما بين ٢٠ إلى ٢٥ من المئة من الأفراد في الطبقة الوسطى، و٣٣ إلى ٤٠٪ من أفراد الطبقة الدنيا (اجتماعياً واقتصادياً) من الإناث قد عانين من درجة ما من الأمتهان.

## دراسة لاندس Landis:

والتي أفادت بأن ٣٠٪ من الذكور الجامعيين و ٤٠٪ من الإناث الجامعيات قد تعرضن لامتحان جنسي في طفولتهن.

**خصائص الأشخاص المرتكبون لسلوك إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال:**  
قام العديد من الباحثين بدراسة نفسية واجتماعية على مرتكبي سلوك الإمتهان الجنسي للأطفال، وقد تم استنتاج الخصائص التالية للقائمين بهذا السلوك. . . وقد تم نتيجة لهذه الدراسة تقسيم المرتكبين إلى الفئات التالية، والتي نختصر خصائص كل فئة منها بما يلي:

### ١ - المسيء من فئة المحرم عليهم:

تشمل هذه الفئة جميع أولئك الذين حرم عليهم التعامل أو التواصل الجنسي المحرم؛ وهو تحريم يتباين مداه بين مجتمع وآخر، وعقيدة دينية وأخرى، ومع هذا التباين، إلا أن هناك إجماع بأن التعامل الجنسي المحرم يشمل أي علاقة جنسية بين الوالدين وأطفالهم. وبين الإخوة والأخوات، وبين أقارب الدرجة الأولى، وبين زوج الأم وأطفالها، وزوجة الأب وأطفاله. وفيما يلي أهم الخصائص التي يتمتع بها مثل هؤلاء وخاصة خصائص الوالدين الذين يرتكبون هذه المسالك العدوانية الجنسية على أطفالهم.

١ - مرتكب إساءة التعامل الجنسي ينتمي عادة إلى تكوين عائلي مضطرب ومفكك وغير فعال.

٢ - التركيب العائلي يقوم على أساس السيطرة الكاملة للرجل، ليس من الناحية المعنوية فقط، وإنما من الناحية المادية والجسدية أيضاً، وفي حالات أخرى، فإن للأم أن تكون المسيطرة حتى على الأب نفسه، مما يجعل الأب متواكلاً عليها.

٣ - تتصف أم الطفل أو الحدث في الكثير من الأحيان بمظاهر الفشل في إعطاء نموذج الزوجة والأم، وهي بذلك تتخلى عن هذه المهام لأحد بناتها، وهي تحاول في بعض الحالات تشجيع قيام علاقة جنسية بين زوجها وبين ابنتها، وكأنها تجد في هذه العلاقة ما يبرر تخليها عن دور الأمومة.

٤ - بعض ممارسي العلاقة الجنسية المحرمة مع الأحداث أو المراهقين من أولادهم يلجأون لذلك، أما لضرورات الإرضاء للرغبات الجنسية في حالة غياب أو مرض أو وفاة أو صدود الأم عن العلائق الجنسية، أو عندما تكون العلاقة الجنسية مع الزوجة مسببة للتوتر والمعاناة.

٥ - تفيد الدراسات بأن نسبة غير قليلة من مرتكبي هذا النمط من السلوك يعانون من انحرافات جنسية، كالميل للأطفال، والتبصيصية (الإستراقية)، والإستعراضية، والمازوخية، أو إنهم معتمدون على تناول الكحول والعقاقير.

٦ - بعض الممارسين لسوء الإستعمال الجنسي يعانون من نوع أو آخر من أنواع العنة، ويجدون في الصغار من أولادهم أو بناتهم مخرجاً لتصريف رغباتهم الجنسية.

٧ - في حالات قليلة تقوم الأم بإساءة استعمال الطفل أو الحدث جنسياً إرضاء لحاجاتها الجنسية، وقلة حدوث هذه الحالات له أن يشير إلى أن الأم في مثل هذه الحالات تعاني من اضطراب شديد في حياتها النفسية أو العقلية.

٢ - المسيئون للتعامل الجنسي ممن هم على تماس دائم مع الأطفال:

تفيد الدراسات من بلدان مختلفة بأن نسبة غير قليلة من العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث تأتي من جانب أولئك الذين هم على تماس دائم معهم كالمعلمين والمعلمات، والمشرفين والمشرفات على مختلف نشاطات الأطفال والأحداث في المدارس ودور الرعاية وغيرها من المؤسسات... ومع أن العلاقة بين هؤلاء وبين الأطفال تتميز أحياناً بعاطفة الحب والرعاية، إلا أنها تتضمن أيضاً ميولاً جنسية تتجه نحن استغلال الرابطة بينهم وبين الأطفال والأحداث، وقد وجد من تحليل البيانات عن مثل هذه العلاقات بأن نسبة غير قليلة منها تبدأ من جانب الطفل أو الحدث كمحاولة للتقرب

من القائمين باستغلالهم، وأفادت البحوث بأن معظم العلاقات الجنسية الحادثة هي من نوع الجنسية المثلية.

### ٣ - المسيئون غير الإجتماعيين (المضادين للمجتمع):

هذه الفئة تتسم بخصائص سايكوباتية والتي تظهر على صورة جنح وجرائم ضد المجتمع من أفراد ومؤسسات، كما تشمل العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث، ولهذا العدوان أن يتسم بالقسوة والإغتصاب.

### ٤ - إساءة المنحرفين جنسياً:

تصنف الغلمانية كأحد الإنحرافات الجنسية، ويقتضي لاعتبار الغلماني منحرفاً توافر المواصفات التالية وهي:

١ - تكرار الدوافع الشديدة والخيالات المثيرة جنسياً والتي تتوجه نحو النشاط الجنسي مع أحداث وأطفال حتى سن الثالثة عشرة أو أصغر، ولمدة ستة أشهر على الأقل.

٢ - قيام الغلماني بتحقيق هذه الدوافع أو الخيالات، أو الشعور بالمعاناة إذا لم يستطع ذلك.

٣ - يقتضي أن يكون الغلماني قد تجاوز سن السادسة عشرة، وأن يكون بعمر لا يقل عن ٥ سنوات فوق عمر الطفل أو الحدث موضوع غلمانيته. هذا وللغلمانية أن تتجه إلى نفس الجنس ذكراً أو أنثى، أو أن تتجه إلى الجنس المخالف، أو إلى الجنسين معاً، كما أن لها أن تنحصر بالإتجاه نحو الأطفال أو الأحداث، أو أن تكون جزءاً من انحراف جنسي متعدد الإتجاهات. هذا ومعظم المنحرفين الغلمانيين هم من الذكور، كما أن ضحاياهم هم على الغالب من الذكور أيضاً. وتفيد البحوث بأن معظم الممارسات الجنسية الغلمانية تنحصر بالمداعبة الجنسية أو الجنس الفوهي، أما العلاقة الجنسية الكاملة فإنها ترتكب عادة من أفراد حرمت عليهم العلائق الجنسية (الجنسية المحرمة).

### ٥ - كبار السن:

هناك بيانات على أن نسبة غير قليلة من إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال يقوم بها بعض كبار السن. وبعض هؤلاء هم من المعاقين لدرجة أو أخرى من درجات الخرف، والذين تنقصهم البصيرة والحكمة في التصرف والسلوك. والكثيرون من هؤلاء

يعانون من العنة، وهم لذلك ينجأون بالضرورة إلى الأطفال في محاولة لإرضاء رغباتهم وخيالاتهم الجنسية.

## ٦ - المعانين من اضطرابات في الشخصية أو نفسية أو عقلية:

هناك فئة من مرتكبي الإساءة الجنسية مع الأطفال والأحداث ممن يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية أو من اضطرابات في الشخصية، وأكثر هؤلاء هم من الذين لا تتوافر لهم فرص إقامة علائق جنسية طبيعية، أو الذين لا يملكون الثقة اللازمة بمقدرتهم على المشاركة بهذه العلائق.

## ضحية إساءة التعامل الجنسي:

الغالبية العظمى من ضحايا إساءة التعامل الجنسي هم من الإناث، والأنثى التي تتعرض لهذه الإساءة ترضخ أو تتقبل هذه الإساءة لعدة أسباب منها:

١ - سكوت الأنثى طفلة أو حدثاً أو مراهقة عن هذه العلاقة خشية أن يؤدي احتجاجها إلى مشاكل عائلية تهدد التوازن العائلي الهش.

٢ - تتقبل الأنثى هذه العلاقة على اعتبار أنها تمثل تقديراً وتفضيلاً لها في عين والدها أو ولي أمرها، مما يعطيها الشعور بالسلطة أو السيطرة في نطاق العائلة.

٣ - لضحية إساءة التعامل أن تجد الرضى أو المتعة في هذه العلاقة خاصة إذا كانت مضطربة في رغباتها الجنسية وتعاني من انحرافات جنسية، أو من ميل جنسي مبكر، أو من شبق جنسي.

٤ - يمكن تفسير تقبل بعض الإناث - والذكور أحياناً - لمثل هذه المعاملة الجنسية المحرمة على أنها تمثل نكوصاً لدور سابق من أدوار النمو الجنسي النفسي، والتي مال فيها الفتى لأمه (مركب أوديبوس)، والفتاة لأبيها (مركب الكترا).

## نتائج إساءة التعامل الجنسي:

تفاوتت نتائج إساءة التعامل الجنسي على من تقع عليهم في حدود واسعة، وذلك تبعاً لشخصياتهم، وأعمارهم، ولظروف حياتهم، ولدرجات الإساءة التي وقعت عليهم وغيرها من العوامل المقررة.

## النتائج على المدى الأني أو القصير:

للخوف والقلق، واضطراب النوم، والأحلام الكابوسية، وفقدان الشهية، والشكاوى الجسمية، ولأعراض سلوكية أخرى ذات طابع تكويسي أن تظهر: كمص الإصبع، واجتثاث الشعر، وسلس البول. ومن الأعراض الأخرى التي لها أن تحدث هي: الفزع، والتجنب للغير، والإمتناع عن المدرسة، والتشرد، وللمعتدى عليهم (إناثاً أو ذكوراً) أن يعانون من حالات الإضطراب المزاجي والإكتئاب. أما النتائج على المدى البعيد، فهي متعددة ومتباينة أيضاً، وتفيد متابعة هذه الحالات بأن ضحية الإعتداء يمارس أحد نمطين من السلوك بهدف التكيف على الشدة التي وقعت عليه، فهو إما يتجه إلى معاودة تجربة الشدة التي وقعت عليه بهدف التمكن من السيطرة على وقع الشدة على نفسه، أو أنه يتجه إلى طريق معاكس تماماً بهدف التكيف على الشدة، وذلك يتجنب العلائق الجنسية كلياً في المستقبل، وهو ما يحدث للكثير من الإناث اللواتي تعرضن للشدة الجنسية مما وطد في نفوسهن شعور عدم الثقة والإطمئنان بأي ذكر غريباً كان أو قريباً.

## النتائج على المدى الطويل:

للأساءة الجنسية التي يتعرض لها الطفل أو الحدث أن تكون بالغة التأثير على المتعرض لها على المدى الطويل، ولها أن تحدث آثاراً مدمرة على المدى الطويل في حياته النفسية وفي سلوكه وفي علائقه الإجتماعية، ومن النتائج المحتملة لمثل هذه التجربة أو التجارب: -

- ١ - شعور الفرد، ذكراً أو أنثى، بانخفاض في تقديره لذاته، وبخسارة الثقة بنفسه.
- ٢ - قيام حالة التشكك بمن هم أكبر منه سناً من أمثال الذي قام بالتعدي عليه جنسياً.
- ٣ - العزلة الإجتماعية والإبتعاد عن الأقران، ومرد ذلك شعور الفرد بالحياء والخشية من أن يعرف الغير بما وقع عليه من عدوان جنسي.
- ٤ - الشعور بالإثم، والخوف، والفزع، والإكتئاب، وهي أعراض متأخرة الظهور وتشبه الأعراض الحادثة في الدور المتأخر لصدمة الشدة.
- ٥ - للمراهق الذي يتعرض لمثل هذه التجربة من العدوان الجنسي عليه، أن

يتجه إلى تعاطي المستحضرات والعقاقير وإساءة استعمالها، وإلى حدود الإعتدال فيها، وذلك في محاولة للتغلب على معاناته.

٦ - ولل فرد ذكراً أو أنثى، أن يتجه إلى ممارسة التبذل الجنسي بأنواعه، بما في ذلك الإنحرافات الجنسية والدعارة، وتعرض نفسه للإغتصاب الجنسي، والإجرام الجنسي، أو القيام بذلك بدافع انتقامي لما حدث له.

٧ - تجنب العلائق الجنسية والصدود عنها، وفشل الحياة الجنسية في نطاق الحياة الزوجية.

### علاج العدوان الجنسي على الأطفال والأحداث :

يبدو واضحاً من تأمل العوامل الفعالة في موضوع تعرض الأطفال والأحداث للعدوان الجنسي ممن هم أكبر منهم سناً، بأن من الصعب الحد من مثل هذه الممارسات، خاصة وأن الغالبية منها تقع في المجال العائلي وتظل في طي الكتمان، ثم إن الدوافع لارتكاب هذه الممارسات تصدر عادة عن إصابات نفسية مرضية في مرتكبيها، أو نتيجة لأوضاع عائلية أو اجتماعية أو اقتصادية، مما يصعب التغلب عليها في الكثير من الحالات، وما دام الأمر على هذا النحو، فإن من الصعب إن لم يكن من المتعذر اكتشاف مثل هذه الحالات من العدوان، أو حتى التعرف على أولئك الأكثر احتمالاً بارتكابها، وفي تقديرنا بأنه ما لم يتقدم أولئك الذين يحملون مثل هذه الحوافز العدوانية الجنسية على أطفالهم وأحداثهم، أو الذين يزاولونها بالفعل، إلى طلب الإستشارة والعلاج، فإن الوسيلة الوحيدة الفعالة الباقية للوقاية من مثل هذه الممارسات، أو تكرارها، تتوافر فقط في التشريعات القانونية العقابية على القائمين بهذه الممارسات، والمتابع لموضوع إساءة التعامل الجنسي مع الأطفال والأحداث يدرك بأن مثل هذه التشريعات لا يصل تأثيرها العقابي أو الإصلاحي إلا إلى نسبة قليلة من القائمين بهذه المسالك، أما النسبة الأعظم من الممارسين فتظل خفية على الناس وبالتالي بعيدة عن ذراع القانون.

إن هناك من يجد في وسائل التثقيف، وخاصة فيما يتعلق برعاية الأطفال والأحداث، وفي وسائل الإصلاح الإجتماعي والإرشاد النفسي، وغيرها من المجالات، ما له أن يقلل من انتشار هذه الممارسات، غير أن الدراسات الصادرة من أقطار مختلفة لم تفد حتى الآن بجذوى مثل هذه الاستراتيجيات العلاجية في الحد من ظاهرة العدوان الجنسي، وفي تقديرنا، فإن الأمثلة العقابية الصارمة على المرتكبين الذين يخبر عنهم، لها أن تكون أهم رادع لأولئك الذين تساورهم دوافع ارتكاب مسالك مماثلة.

## الفصل السابع عشر

---

### الإغتصاب

- مقدمة.
- وقوع وانتشار سلوك الاغتصاب.
- انحراف الاغتصاب.
- التفريق بين السلوك الجنسي السادي وسلوك الاغتصاب.
- تصنيف مرتكبي الاغتصاب.
- الاغتصاب في ظروف معينة.
- المعتصب السايكوباثي.
- المعتصب غير الكفو جنسياً.
- المعتصب السادي.
- المعتصب المعاني من اضطراب عقلي.
- اغتصاب الأنثى، وخصائص الأنثى المعتصبة.
- خصائص المعتصبين.
- الاغتصاب في الحياة الزوجية.
- اغتصاب الذكور.
- اغتصاب الزوجة.
- الاغتصاب الانحرافي.
- اغتصاب القاصرين.
- الاغتصاب المرضي.
- الاغتصاب والقانون.





## الفصل السابع عشر :

### الإغتصاب :

#### مقدمة :

مفهوم الإغتصاب بصورة عامة هو الحصول على الشيء - مهما كان - بالقوة، وهو مفهوم ينطبق على الجنس كما ينطبق على كل شيء آخر، ومع وضوح هذا المعنى للإغتصاب إلا أن مفاهيم أخرى أكثر دقة وتحديداً قد ظهرت عبر الزمن لتحديد معنى الإغتصاب الجنسي، ولعل من أدق هذه التعريفات للإغتصاب هو التعريف التالي :

«الإغتصاب هو القيام بفعل جنسي مع أنثى، غير الزوجة، بالرغم عن إرادتها وموافقتها، سواء كانت إرادتها قد تم التغلب عليها بالقوة أو الخوف من التهديد بالقوة، أو باستعمال العقاقير أو بالسكر، أو عندما وبسبب التخلف العقلي للأنثى فإنها تصبح غير قادرة على ممارسة الحكمة العقلانية، أو عندما تكون تحت السن القانوني المقرر لسن الموافقة».

وحتى هذا التعريف الشامل فإنه لم يكن محيطاً بكافة جوانب الإغتصاب، وهو ما أدى إلى توسيع تعريف الإغتصاب الجنسي ليشمل العدوان الجنسي من الذكور على الذكور، ومن الإناث على الذكور، إضافة إلى اعتبار ما يفرضه الزوج على زوجته من

فعل جنسي فوق إرادتها وموافقته، وقد مدّت بعض التشريعات القانونية في بعض البلدان من مفهوم استعمال القوة أو التهديد بتوسيع مفهوم التهديد ليشمل إلحاق الأذى بأقارب الضحية، أو الممتلكات، أو التهديد بالتهجير والإبتزاز وغيرها من وسائل الضغط التي من شأنها أن تخضع الضحية وتحملها (أو تحمله) على المطاوعة.

## وقوع وانتشار سلوك الإغتصاب:

سلوك الإغتصاب الجنسي أو محاولته مع كل من الإناث والذكور ليس بالظاهرة الجديدة في الحياة الإنسانية. فقد عرفت هذه المسالك منذ أقدم العصور وحتى عصرنا الحاضر، وهناك ما يبرر الإفتراض بأن العلاقات الجنسية الأولى بين الذكر والأنثى من بداية الحياة الإنسانية قد اتسمت بمظاهر اغتصاب الذكر للأنثى، ولا بد أن مثل هذا السلوب الإغتصابي قد سبق الحياة الجنسية المبينة على الإتفاق الحر أو الحياة الجنسية في المؤسسة الزوجية بزمن طويل. هذا ولم يتوقف سلوك الإغتصاب بعد هذه البدايات الأولى، فسلوك الإغتصاب قد تواصل في كافة المجتمعات والعصور وبدرجات متفاوتة من الإنتشار، والتسامح أو العقاب، وتفيد البيانات التاريخية أن انتشار سلوك الإغتصاب قد كان، ولعله ما يزال - أكثر حدوثاً في المجتمعات التي افتقرت إلى حكم القانون وخاصة في زمن الحروب، وليس أدل على ذلك من وفرة ممارسات الإغتصاب التي تعرضت وما زالت تتعرض لها الإناث في حرب السرب والبوسنة.

إن من الصعب التوصل إلى تعيين مدى انتشار حوادث الإغتصاب في الزمن الحالي في أي بلد من بلدان العالم. وصعوبة التوصل إلى إحصائيات دقيقة وموثوقة تنشأ بالدرجة الأولى من واقع أن نسبة قليلة من حوادث الإغتصاب يتم الإخبار عنها بوسيلة أو أخرى من طرق الأخبار، ويعود ذلك إلى حساسية موضوع الإغتصاب ورغبة المتعرض أو المتعرضة للإغتصاب وعائلاتهم على التستر والكتمان بشأن هذا النوع من السلوك الجنسي، ونتيجة لذلك فإن الحجم المعلن عن مدى ونوع حالات الإغتصاب يعتمد على مدى استعداد ضحايا حوادث الإغتصاب للشكوى منها، وعلى العموم فإن حوادث الإغتصاب الحادثة كل عام في أي مجتمع هي عدة أضعاف الأرقام المخبر عنها، وحتى في البلدان المتطورة قضائياً فإن نسبة حالات الإغتصاب المعلن عنها لا تزيد على ٢٠٪ من مجموع حالات الإغتصاب، أما البقية (٨٠٪) فإنها تظل طي الكتمان، ولعل ما يعطي فكرة عن مدى وقوع حالات الإغتصاب السنوي في الولايات المتحدة الأمريكية يقدر الآن بما يزيد على ٢٠٠,٠٠٠ حالة معلنة ترتكب في كل عام،

بينما الحجم الفعلي فإنه يقدر بما يزيد على مليون حالة اغتصاب في العام الواحد، وهناك ما يفيد بأن هذه الأرقام هي في تزايد مستمر، ونحن إذا أضفنا إلى حالات الإغتصاب التي تنتهي بالعلاقة الجنسية الفعلية، تلك الحالات التي اصطُح عليها بمحاولات الإغتصاب والتي لا تنتهي بالعلاقة الجنسية الفعلية، فإن النسبة الكلية لسلوك الإغتصاب بدرجاته المختلفة تفوق كثيراً ما هو معلن أو مقدر من هذه الحوادث، ولعل الأمر المثير للقلق هو أن حوادث الإغتصاب على أنواعها ودرجاتها قد أخذت بالتزايد المفزع في بلدان عديدة. وهي بذلك تنذر بمستقبل قاتم لحياتنا الجنسية.

### انحراف الإغتصاب : Rape disorder :

من المواضيع المثيرة للجدل في الأوساط الطبية النفسية هو موضوع أهلية سلوك الإغتصاب كانحراف جنسي، ومع أن هناك بيانات طبية علمية تجذب مثل هذا الإعتبار لبعض حالات الإغتصاب كإنحراف جنسي مثله مثل الإنحرافات الجنسية الأخرى، واقترح لذلك تصنيف مثل هذا السلوك كاضطراب انحرافي قسري Paraphilic coercive disorder، إلا أن محافل طبية أخرى تعارض في تثبيت مثل هذه الحثية الإنحرافية، ويبدو أن معارضتها ناجمة عن الخشية من أن الإعترا ف بمثل هذه الحثية له أن يجنب أصحابها العقاب على اعتبار أنها حالات مرضية، وأن لذلك أن يوسع بالتالي من مجال الإنحراف الإغتصابي ليشمل جميع حالات الإغتصاب وهي كثيرة وتمثل خطراً اجتماعياً لا يستهان به.

إن البيانات الطبية تشير إلى وجود فئة من المعتصبين ممن يتصف سلوكهم بالإنحراف والذين يختلفون بالضرورة عن بقية حالات الإغتصاب، ومن خصائص هذه الفئة والتي تبرر اعتبارها ضمن حالات الإنحراف الخصائص التالية :

١ - معاناة الفرد لدوافع اغتصابية متكررة منذ سن مبكر (أكثر من ٥٠ في المئة منهم بدأت فيهم هذه الدوافع المنحرفة قبل سن الحادية والعشرين).

٢ - قيامهم بمحاولات لمقاومة دوافعهم الإغتصابية حالهم في ذلك حال المصابين بإنحرافات جنسية أخرى، غير أن لدوافعهم الإغتصابية أن تكون أكثر غلبة على محاولاتهم مقاومة هذه الدوافع مما يؤدي إلى ارتكاب الإغتصاب.

٣ - يعاني أفراد هذه الفئة من المعتصبين من شعور الإثم بعد قيامهم بالإغتصاب، كما يعانون من انخفاض دوافعهم الجنسية الإغتصابية وإلى حين تجمعها

من جديد - كما هو الحال في الإنحرافات الجنسية الأخرى .

٤ - ارتباط سلوك الإغتصاب في هذه الفئة بانحرافات جنسية أخرى سابقة لها أو متزامنة معها ومن هذه الإنحرافات: الإستعراضية، والسادية، والتحرشية، والتبصصية. وتفيد البيانات بأن ٤٠٪ من أفراد هذه الفئة تبدأ سلوكها الإغتصابي أولاً، بينما البقية وهم الأكثرية، يبدأون أولاً بانحرافات جنسية أخرى (٢٦٪) كانحراف طفولي (الغلمانية)، ٩٪ كانحراف تبصصي، ٨٪ كانحراف استعراضي، ٢٪ كانحراف فتشي، وما تبقى بانحرافات جنسية أقل حدوثاً، وكل هذه البيانات تؤيد الاعتقاد بانحرافية هذه الفئة المعتصبة.

### التفريق بين السلوك الجنسي السادي والإنحراف الاغتصابي:

هناك من يساوي بين السلوك الجنسي السادي وبين سلوك الإنحراف الإغتصابي، على اعتبار أن ممارسة القوة على الضحية في الحالتين هو مظاهر من مظاهر السلوك في الحالتين، وبناء على توافر تصور الإغتصاب في الإنحرافين، غير أن الفرق بين السلوكين يختلف في عدة نواحي من أهمها:

١ - إن السادي ينجذب ويثار عن طريق استعمال القوة ضد ضحيته، وإن هذا، الإستعمال ضروري لكي يحصل على إنجاز المطاوعة لسلوكه الجنسي، بينما المعتصبين المنحرفين فإنهم يثارون بخيالات ودوافع من فرض أنفسهم على ضحيتهم، غير أنهم لا يثارون بممارسة القوة إلى حد يزيد على الحاجة للتوصل إلى مطاوعة ضحية الإغتصاب للفعل الجنسي .

٢ - المنحرف الإغتصابي لا يمارس من القوة على ضحيته أكثر مما يلزم للحصول على مطاوعة الضحية، بينما المنحرف السادي فإنه يستعمل من القوة ما يزيد على الحاجة للمطاوعة .

٣ - السادي لا يثار بأي إثارات تنوه بالموافقة المتبادلة بينه وبين ضحيته في العلاقة الجنسية، أما المنحرف المعتصب على عكس ذلك، فإنه يثار جنسياً بمثل هذه الإثارات .

٤ - السادي يثار بأوصاف الإعتداء الجسمي غير الجنسي الواقع على الأنثى الضحية، بينما المعتصب المنحرف فإنه لا يثار جنسياً بمثل هذه الأوصاف من الإعتداء الجسمي .

## تصنيف مرتكبي سلوك الإغتصاب:

هناك العديد من أصناف الأفراد أو الجماعات المرتكبة لسلوك الإغتصاب سواء تم ذلك بصورة فردية أو جماعية، ومن هذه الأصناف:

### سلوك الإغتصاب في ظروف معينة:

ومن هذه الظروف حالات الحرب والغزو، وحالات الفوضى وانعدام السلطة القانونية، وفي حالات تمتع بعض الأفراد أو الجماعات بالحصانة التي تسهل لهم ارتكاب الإغتصاب بدون محاسبة.

### المغتصب السايكوباتي:

هذا الصنف من المغتصبين يعاني أفرادهم من اضطراب سايكوباتي (مضاد للمجتمع) في شخصيتهم، وتقدر نسبة هؤلاء بحوالي ٣٠ إلى ٤٠٪ من مرتكبي الإغتصاب. ويتسم هؤلاء عادة بالإنذفاعية السلوكية وبدون المقدرة على السيطرة على دوافعهم الجنسية الآنية والطارئة. والكثيرون من هذا الصنف من المغتصبين يقومون بالإغتصاب الجنسي ضمن قيامهم بارتكاب أعمال إجرامية مثل السطو على البيوت.

### المغتصب غير الكفؤ جنسياً:

وبعض هؤلاء يعانون من صراعات حول هويتهم الجنسية، فهم أما يعانون من انحراف جنسي مثلي (لواطى)، أو إنهم يعانون من الخوف من أن يكونوا منحرفين من هذا الإتجاه الجنسي المثلي ولكن بدون ممارسة فعلية، كما أنهم يتسمون بالحنجل وعدم الثقة بالنفس، وبدعم الخبرة في التعامل مع الإناث في الحياة الإجتماعية، وهم لذلك يستغلون الفرصة السانحة لممارسة الإغتصاب في ظروف لا تتطلب الظهور الإجتماعي.

### المغتصب السادي:

وهو الفرد الذي يرتكب سلوك الإغتصاب مع إلحاق الألم أو الضرر بضحيته، وتحليل الواقع النفسي للكثيرين من هؤلاء قد أفاد بأنهم يتمتعون بكراهية نحو الإناث، وأن الهدف من سلوكهم هو إذلال الأنثى وتسبب المعاناة لها. ومعظم هذه الحالات تتم بتصميم وتخطيط مسبق، وبصورة تضمن عدم التوصل إلى مرتكبيها.

## المغتصب المعاني من اضطراب عقلي:

المصابون باضطراب عقلي والذين يرتكبون سلوك الإغتصاب يكونون نسبة قليلة من حالات الإغتصاب، غير أن ضحية الإغتصاب تعاني عادة من نتائج العنف والشدة التي يلحقها المغتصب المعاني من اضطراب عقلي على شخصيته.

## اغتصاب الأنثى:

اغتصاب الأنثى أو محاولة هذا الإغتصاب هو سلوك غير قليل الحدوث في جميع المجتمعات البدائية منها أو المتقدمة في الحضارة، وهي ظاهرة لازمت الإنسان في المجتمعات المختلفة والمتعاقبة عبر عصور التاريخ وحتى عصرنا الحاضر، وليس هناك من دليل بأن هذه الظاهرة في السلوك الإنساني هي الآن أقل حدوثاً مما كانت عليه في الماضي، وعلى العكس فإن هناك ما يشير إلى أنها أكثر تزايداً الآن من أي وقت مضى وبأنها في ازدياد مطرد.

إن من الصعب تعيين نسبة وقوع حوادث الإغتصاب للأنثى في المجتمعات المختلفة. ومرد ذلك أن الغالبية العظمى من حالات الإغتصاب لا يجر عنها وتظل بذلك طي الكتمان، وفي إحصائيات عن المجتمع الأمريكي أفادت البيانات بأن حوالي ربع مليون حالة من الإغتصاب للإناث تحدث كل عام، وأن أربعة أضعاف هذه الحالات لا يتم الإبلاغ عن وقوعها لسبب أو آخر، وفي رأي بعض الباحثين أن حالات الإغتصاب ربما كانت أكثر من ذلك بكثير، وفي تحليل إحصائي لحالات الإغتصاب التي تم تفحصها تبينت الحقائق التالية:

١ - أن الإغتصاب قد حدث على الإناث بصرف النظر عن عمرهن، وقد تراوح ذلك بين سن ١٥ شهر للضحية وحتى سن ٨٢، وأن أكثر الحالات قد وقعت على الإناث بين سن العاشرة وسن التاسعة والعشرين، وأن حوالي خمس حالات الإغتصاب تقع على الإناث بين سن ١٢ إلى ١٥ سنة.

٢ - إن اغتصاب الأنثى في معظم الأحيان يحدث في محيط الأنثى المغتصبة أو في بيتها أو في جوارها.

٣ - أن حوالي ٤٠٪ من حالات الاغتصاب تحدث من مغتصبين معروفين للأنثى ضحية الإغتصاب، بينما الباقين (٦٠٪) هم من الغرباء.

٤ - أن ٢٠٪ من حالات الإغتصاب يرتكبها أكثر من شخص واحد في نفس الفترة الإغتصابية.

٥ - هناك بعض حالات الإغتصاب الجنسي التي يقوم بها الزوج باغتصاب زوجته عنوة بالتهديد أو إيقاع الأذى.

٦ - هناك حالات الإغتصاب الجنسي التي ساهم فيها الزوج بالعمل على تسهيل اغتصاب زوجته من الغير.

### ردود فعل الأنثى لحادث الإغتصاب:

تتفاوت ردود الفعل في الإناث نتيجة لحادث الإغتصاب سواء في درجة ونوعية الأعراض التي تخلفها تجربة الإغتصاب، كما تتفاوت في زمن استمرارها، ومن العوامل المقررة لردود الفعل ومداهها الزمني البيئة الإجتماعية والحضارية التي تعيشها، وحالتها الخاصة، أكانت عذراء أم متزوجة أو مطلقة، ومدى انتشار خبر حادث الإغتصاب والقدر الذي تحظى به من الإسناد العائلي والإجتماعي لما تعرضت له، كما يتقرر بدرجة أساسية على شخصية الأنثى المغتصبة، وأخيراً فإنه لا يمكن إغفال أن بعض الإناث ربما يشجعن الإغتصاب أما لحاجة جنسية، أو لأنه يتوافق مع دوافع جنسية تحبذ العلاقة الجنسية العنيفة عندهن، وبهذا فإن ادعائهن الإغتصاب ربما كان ادعاءً كاذباً، أو أنه على الأقل تلاقى مع خيالاتهن الجنسية، وعلى العموم، فإن حوادث الإغتصاب في الأنثى تحدث صدمة شديدة لها، وينجم عن ذلك ظهور مجموعة من الأعراض من أهمها: الشعور بالحزني، والعار، والإذلال، والإرتباك، والخوف، والغضب، والتلوث، وللحادث أن يؤدي إلى قطع أو تضييق الصلات الإجتماعية، وأن يؤثر سلباً في علاقات الأنثى الجنسية الزوجية أو المستقبلية فتصبح صادقة عن الرغبة والعلاقة الجنسية، ولها أن تفقد الإستجابات الجنسية الطبيعية بما في ذلك دور التهييج والذروة، وعلى المدى الطويل فإن للإنتى أن تعاني من القلق الزمن ومن الإكتئاب، ولمثل هذه الأعراض أن تستديم لسنوات طويلة.

### خصائص المغتصبين:

تباين خصائص المغتصبين في المجتمعات المختلفة وتبعاً للظروف المحيطة بسلوك الإغتصاب، وفيما يلي بعض الخصائص المشتركة لمعظم المغتصبين: -

\* معظم المغتصبين (حوالي ٦٠٪) هم دون سن الخامسة والعشرين من العمر،

وأكثرهم من العزاب ومن شرائح اجتماعية أدنى في السلم الاجتماعي والإقتصادي،  
وبأن لهم سجلاً في ارتكاب جرائم التعدي والإستحواذ.

\* أفادت البيانات في المجتمع الأمريكي بأن حوالي ٣٥٪ من المعتصين يقدمون  
علس سلوكهم الإغتصابي وهم تحت تأثير الكحول.

\* في تحليل دوافع الإغتصاب للإناث تبينت المظاهر التالية:

١ - نسبة تقل عن عشرة في المئة من المعتصين يعانون من اضطراب جنسي  
سادي، والذين يجدون في معاناة الأنثى للألم ما يثيرهم جنسياً.

٢ - نسبة (غير محدودة) من المعتصين يعانون من انحراف جنسي اغتصابي  
متكرر.

٣ - بعض المعتصين يقدمون على اغتصاب ضحاياهم مطاوعة لدوافعهم  
الجنسية بصورة اندفاعية.

٤ - بعض المعتصين هم ذوي شخصية ضعيفة، وهم عادة يشعرون بأن ما من  
أنثى تقبل المعاشرة الجنسية معهم بمحض إرادتها.

٥ - بعض المعتصين يعانون من تسلط الخيالات الجنسية عليهم ويتجهون  
لذلك إلى مطاوعة هذه الخيالات التسلطية القسرية.

٦ - في التحليل النفسي لبعض المعتصين تبين بأن سلوكهم الإغتصابي هو بديل  
لما يحملونه في نفوسهم من دوافع الغضب والحنق، وفي رأي الآخرين أن دوافع الغضب  
فيهم كانت موجهة في الأصل نحو زوجة أو أم، وفي نظريات تحليلية أخرى فسر سلوك  
بعض المعتصين بأن الأنثى ضحية الإغتصاب تمثل البديل للعدوان الموجه أصلاً إلى  
ذكور آخرين والذي لم يتيسر ممارسته عليهم بصورة مباشرة، وبهذا يكون الإغتصاب  
بمثابة ثأر للمعتصب من من توجه إليهم العدوان أصلاً، ولكن عن طريق إيقاعه  
وإفراغه على الأنثى الضحية للإغتصاب.

٧ - الكثير من ممارسات الإغتصاب تحدث أثناء الحروب ولدوافع مختلفة، منها:  
التفريغ عن الطاقة الجنسية، وكإذلال للطرف الآخر المحارب، وللتنفيس عن الدوافع  
الكامنة عن العدوانية والخوف.

٨ - بعض المعتصين يتوجهون للإغتصاب مدفوعين بالإعتقاد بأن الأنثى هي  
سلعة وملك لهم، وبأن عليها المطاوعة الجنسية بالرغم من إرادتها، وبالقوة إذا اقتضى



الأمر، ويقع ضمن هذا المفهوم للإغتصاب ما يمكن أن يقوم به الزوج من إجبار زوجته بالمطوعة الجنسية بالرغم من إرادتها وموافقتها وتحت طائل استعمال القوة لتحقيق ذلك.

٩ - أفادت الدراسات بأن ٧٠٪ من المعتصبين الذين تم توقيفهم بتهمة الإغتصاب تبين بأن لهم سوابق إجرامية كالتعدي الجسدي على الغير، والسرقه، والسطو، والقتل، كما أفادت الدراسات بأن حادث الإغتصاب قد يصاحبه ارتكاب جريمة من نوع أو آخر على الضحية أو ما تملك.

### خصائص الأنثى المعتصبة:

كل أنثى وفي أي عمر هي عرضة للأغتصاب إذا ما توافر المعتصب وتوافرت الظروف المهيئة للإغتصاب، هذا وهناك بعض الخصائص التي يكمن في توافرها احتمال تعرضها للإغتصاب أكثر من غيرها من الإناث، ومن أهم هذه الخصائص:

١ - الخطر الأعظم من الإغتصاب يتهدد الإناث بين سن ١٦ إلى ٢٤، غير أن ٢٠٪ من حالات الإغتصاب في الغرب تقع على الإناث بين سن ١٢ إلى ١٥.

٢ - هناك احتمال أعظم بأن تكون الأنثى غير المتزوجة أو المطلقة والتي تعيش بمفردها أو تبقى لمفردها ساعات طويلة في البيت، أكثر عرضة للإغتصاب.

٣ - هنالك احتمال بأن تكون الأنثى التي تظهر بصورة جذابة ومثيرة ومغرية، أكثر عرضة لاهتمام ومتابعة المعتصبين وبالتالي الإغتصاب.

٤ - هناك احتمال أعظم بأن تكون الأنثى التي تتمتع بقدر أعظم من الجمالية أكثر عرضة للإغتصاب.

٥ - أفادت بعض البحوث أن الأنثى إنما تساهم بوعيها وإرادتها بإثارة سلوك الإغتصاب في المعتصب لها مما يعتبر تشجيعاً منها لهذا السلوك، وبأن مثل هذا الموقف من الأنثى قد تبين في حوالي ٤٠٪ من مجموع حالات الإغتصاب التي جرى تفحصها، وقد تكون هذه النسبة أعلى من ذلك لو أمكن تفحص حالات الإغتصاب كلها بدقة.

٦ - هناك احتمال أكبر في أن تكون الأنثى ضحية للإغتصاب بعد تناول الشراب أو المخدرات، وبعد المشاركة في حفلات صاخبة، وفي المواقف الرومانسية، وعندما تكون بعيدة عن محيطها الإجتماعي أو في الغربة.

## الإغتصاب في الحياة الزوجية:

تحدد مفهوم الإغتصاب الجنسي أصلاً بالعلاقة الجنسية مع الأنثى من غير زوجة المعتصب، وذلك على اعتبار أن العلاقة الجنسية مع الزوجة هي من حقوق الزوج على زوجته وفي جميع الأحوال، غير أن هذا المنظور للعلاقة بين الزوجين قد أخذ يتغير في الكثير من المجتمعات مما أدى إلى شمول الإغتصاب للعلاقة الجنسية بين الزوجين والتي تمارس فيها القوة أو الإرهاب على الزوجة لمطاعة دوافع زوجها الجنسية، وما لهذه الدوافع أن تؤدي إليه من عنف على الزوجة. هذا وللإغتصاب الجنسي الذي قد يمارسه الزوج على زوجته أن يكون جزءاً من سلوك أوسع يتسم بسوء التصرف مع الزوجة والذي قد يشمل الضرب والتجريح والإذلال، والإهمال، وتقييد الحركة، وغيرها من مظاهر سوء المعاملة والتي لا ترتبط زمنياً بالعلاقة الجنسية.

### اغتصاب الذكور:

إن ما يتبادر للذهن لأول وهلة هو أن الإغتصاب الجنسي يعني فقط اغتصاب الذكر للأنثى، غير أن هذا المفهوم يغفل حالات اغتصاب أخرى أهمها ما يقع على الذكر من ذكر آخر، وحالات الإغتصاب التي تقع من الأنثى على الذكر أيضاً، أو اغتصاب الأنثى للأنثى.

إن من المتعذر إعطاء بيانات دقيقة عن نسبة وقوع هذه الحالات من الإغتصاب في كافة المجتمعات بالنظر للتستر على هذه الممارسات لسبب أو آخر، ومعظم هذه الحالات تتم في المؤسسات المغفلة، كالسجون، غير أن الكثير منها يحدث في الحياة العامة وخاصة بين المعتصين والأحداث من ضحاياهم، كما أن مثل هذه الممارسات تتم في المجال العائلي، ومع أن هذه الممارسات قد تكون جنسية فقط، إلا أن بعضها يتخذ صفة العنف أكثر من صفة الجنس، وفي هذه الحالات فإن الممارسة تخدم للمعتصب هدف التعبير عن غضبه أو توفر له الشعور بالقوة والسلطة بسبب ما يفرضه على ضحيته من الإستسلام والمطوعة، هذا ولا ينحصر الإغتصاب بين الذكور بالعملية الجنسية المباشرة بالولوج، وإنما لبعض المعتصين أن يجبروا الضحية بممارسة الجنس الفوهي Oral Sex أو الإستمناء، وهم يجدون في هذه الممارسة ما يعزز انتصارهم على الضحية، وبأن الضحية تجد متعة ولذة بنتيجة ذلك.

### الإغتصاب الإنحرافي:

يدفع معظم المعتصين بأن اغتصابهم قد تسبب عن إصابتهم بانحراف جنسي،

وبأنه لذلك فوق إرادتهم، وأعظم من مقدرتهم على مقاومته، ومع أن هنالك ميل في بعض المحافل الطبية لاعتبار هذه الحالات ضمن الحالات المرضية، إلا أن الاتجاه القضائي لا يجذ ذلك في معظم حالات الإغتصاب، وحتى لو أخذ القضاء بالبيانات الطبية، فإن الحكم يقضي في معظم الحالات بإيداع المعتصب المنحرف إلى مؤسسة علاجية حتى يشفى من انحرافه، وقد يكون هذا الحكم أعظم شدة على المعتصب المنحرف من إدانته المباشرة بالإغتصاب.

### الإغتصاب المرضي:

للمصابين باضطرابات عقلية وظيفية (مثل الشيزوفرينيا وألانيا والكآبة) أن يقوموا بسلوك اغتصابي، وحكمهم في ذلك يتخذ نفس المسار الذي يقرر مدى مسؤولية المريض عقلياً عن جريمته، وفي جميع هذه الحالات يجري إيداع المتهم في وحدة علاجية للحفاظ والعلاج حتى يشفى أو يزول خطر ارتكابه لجرائم ماثلة، ومثل هذا التصريف يتم في قضايا الإغتصاب التي يرتكبها المصابون بالتخلف العقلي أو بالأمراض العقلية العضوية للدماغ.

### اغتصاب الزوجة:

مال القضاء في الماضي إلى التغاضي عن ممارسة الزوج للشدة والعنف بهدف التواصل الجنسي مع زوجته وذلك بالرغم من إرادتها وموافقتها، وقد برز اتجاه في السنوات الأخيرة إلى اعتبار مثل هذه الممارسات، خاصة إذا ما توافرت فيها بينات عن ضرر جسمي عام أو موضعي يثبت ممارسة الشدة، أو إذا توافرت بينات عن حصول تهديد بالإعتداء عليها، بأنها مسالك اغتصابية وتميل المحاكم في مجتمعاتنا إلى اعتبار مثل هذه القسوة في العلاقة الجنسية مبرراً لإصدار حكم التفريق بين الزوجين.

### اغتصاب القاصرين:

يشمل مفهوم القاصرين من هم دون السن المقرر للتمتع بمسؤولية اتخاذ القرار، ويتراوح هذا السن في الإنثاء ما بين سن الرابعة عشرة والحادية والعشرين طبقاً للقوانين المرعية في بلدان مختلفة، وللذكور تحديدات مقاربة للإنثاء بهذا الصدد، ويعتبر القانون التعامل الجنسي بقوة الإغتصاب أو عن طريق الإغراء أو التطويع جريمة تماثل الإغتصاب، وفي بعض المحافل القضائية يعتبر ذلك سلوكاً أكثر إجرامية وبالتالي أكثر عقاباً. ويشمل تعبير القاصرين حالات الإغتصاب الواقعة على الأنثى أو الذكر ممن يعانون

من تخلف عقلي، أو من اضطراب في الملكات العقلية بسبب المرض الوظيفي أو العضوي .

## الإغتصاب والقانون :

تنظر المجتمعات نظرات متباينة حول سلوك الإغتصاب، وينعكس ذلك في المواقف القانونية تجاه حوادث الإغتصاب والمغتصبين، وعلى العموم فإن غالبية المجتمعات تدين الإغتصاب، ويميل الرأي العام فيها إلى معاقبة المغتصبين، وتتمشى قوانين هذه المجتمعات مع المشاعر السائدة فيها، ومع أن هناك بعض ظواهر الاتجاه نحو الأخذ بوجهة نظر اعتبار المغتصبين بأنهم منحرفون وبأنهم لذلك يندفعون إلى سلوك الإغتصاب بدوافع مرضية تبرر سلوكهم، إلا أن الأخذ بهذا الرأي ينحصر فقط في حالات محدودة والتي يتضح فيها أن الدافع للإغتصاب هو أعظم قوة من مقدرة صاحبة على احتوائه، وبأن صاحبه يعاني من اضطراب ما في ملكاته العقلية. ومن التشريعات القانونية الشاملة حول سلوك الإغتصاب النص التالي في قانون الولايات المتحدة حول الإغتصاب :-

(القيام بفعل الجماع الجنسي مع أنثى والتي هي غير زوجته، وبالرغم من إرادتها وموافقتها، وسواء غلبت إرادتها بالقوة أو بالعقاقير أو المسكرات، أو أنها بسبب نقص في العقل فإنها لم تكن قادرة على ممارسة الحكم العقلاني، أو عندما تكون الأنثى دون سن الأهلية المقرر للتمتع بالموافقة).

وتكون جريمة الإغتصاب قائمة إذا ما قام المعتصب حتى بنفاذ بسيط عبر (الفرج الخارجي Outer Vulva) للأنثى، ولا يقتضي التجريم ضرورة أن يكون المعتصب قد وصل إلى حد الإنتصاب الكامل أو القذف المنوي .

ولما كان الإغتصاب الحادث للأنثى يتم عادة بالتزامن مع ارتكاب جريمة أخرى كالسرقة، والسطو وإيقاع الأذى بالضحية أو القتل، فإن القضاء يكيف إدانته لكي تشمل جميع هذه الأعمال الجرمية بما تستحقه من العقاب القانوني، ويتوجب على القضاء دائماً أن يأخذ بعين الاعتبار ليس فقط التأثيرات الآنية الجسمية والنفسية على الأنثى المغتصبة، وإنما أيضاً وربما باعتبار أعظم التأثير طويل المدى على الأنثى من النواحي النفسية والعائلية والاجتماعية والتي لها أن تزمّن لسنوات طويلة وربما لطول حياة الأنثى .

## الفصل الثامن عشر

---

### الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس

- مقدمة.
- الأمراض المنتقلة جنسياً.  
الزهري، السيلان، كلاميديا، التوّلول، الحلاء التناسلي،  
مرض الإصابة بفايروس الإيدز، وأمراض أخرى.
- نقص الوقاية من الاختلاطات المحتملة من العلائق الجنسية وأسبابها.



## الأمراض المتقلة عن طريق الجنس :

### مقدمة:

قد لا يكون هناك من دافع في حياة الفرد العادي مما هو أكثر إلحاحاً وأكثر تكراراً وأطوال استمراراً من الدافع الجنسي، ولا عجب لذلك في أن يرتبط هذا الدافع وارضائه ارتباطاً وثيقاً بالحياة النفسية للفرد وفي جميع مجالاتها وجوانبها، وبالنظر لما للطاقة الجنسية وما يرتبط بها من عاطفة، من تأثير على السلوك الإنساني، فإن لمطاوعة حاجات هذه الطاقة من الإرضاء أن يغلب على حكمة الفرد وتعقله وتبصره بنتائج الإسراف في هذا الإرضاء والإنحراف في ممارسته، وإهمال ما يمكن أن ينجم عن التبذل في ذلك، ومحاذرة ما يمكن أن يؤدي إلى الإساءة للعلاقة الجنسية بتعريض الفرد لنفسه أو لشريكه الجنسي لشتى الأمراض التي يمكن أن تنتقل نتيجة لعلائق جنسية تحمل احتمالات إمكانيات انتقال الأمراض من شريك إلى آخر أو بتبادل الانتقال بينهما.

إذ مما لا شك فيه أن الإنسان من ذكر وأنثى قد عانى منذ أقدم عصور التاريخ من حالات مرضية في المجال الجنسي، سواء تلك التي تتحدد في الأعضاء الجنسية، أو تنتقل عن طريقها لتؤثر في الجسم بصورة عامة، ومن الواضح أننا لا نستطيع اليوم تحديد أين وكيف بدأت هذه الحالات المرضية الجنسية أو أصنافها السريرية، ومن

المنطقي أن نتوقع أن الإنسان القديم، وحتى إنسان الحضارات المتعاقبة حتى العصر الحالي، لم يعتني كثيراً بشأن الحالات المرضية الجنسية، أما بسبب صعوبة البوح بها أو الإحراج في الكشف عنها، أو بسبب الجهل في أسبابها، وفي العصر الحديث توجه وتزايد الانتباه إلى هذه النواحي المرضية المتعلقة بالعلاقات الجنسية، وكان من نتيجة ذلك التعرف على مجموعة كبيرة من الأمراض التي تتسبب عن مثل هذه العلاقات، والتوصل إلى تحديد أسبابها، كما اتجه البحث إلى طرق علاجها والوقاية منها، ونتيجة لهذا التقدم والتوسع في موضوع هذه الأمراض، فقد أصبح علم الأمراض الجنسية موضوعاً من أهم المواضيع الطبية، كما أصبحت الأمراض التي تنتقل عن طريق العلاقات الجنسية من أهم الأمراض التي يعنى بها الطب، وصنفت تحت مصطلح (الأمراض المنتقلة جنسياً). وفيما يلي مختصر لأهم الأمراض المنتقلة عن طريق العلاقات الجنسية.

### الأمراض المنتقلة جنسياً:

تشمل قائمة الأمراض المنتقلة عن طريق العلاقات الجنسية عدداً كبيراً من الحالات المرضية، ولا يتوافر في هذا الكتاب المجال الكافي أو المناسب لتناول هذه الأمراض كلها، أو حتى بعضها بالتفصيل، ونكتفي هنا بأقل ما يمكن من البيانات عن الأمراض الأكثر شيوعاً وانتشاراً من بين هذه الأمراض، والتي لا يمكن الادعاء بأن مجتمعاً ما قد خلي كلياً من معاناتها بدرجة أو أكثر من درجات الإصابة والانتشار.

وأهم هذه الأمراض هي:

١ - الزهري (السفلس).

٢ - السيلان (الجونوريا Gonorrhoea).

٣ - وكلاميديا Chlamydia.

٤ - الحلاء التناسلي Genital herpes.

٥ - التؤلؤل Warts.

ومرض الإصابة بفايروس الإيدز (Aids)، وأمراض أخرى.

وكما بينا في مطلع هذا الفصل، فإن هذه الأمراض قد تستقر في الأعضاء التناسلية، ولا تتعدها، غير أن لبعضها أن تنتشر من هناك أما بالإمتداد المكاني، أو عن طريق الدم، والنظام اللمفاوي، وغيرهما من الطرق، إلى أعضاء أخرى من



الجسم، وهذه الآفات المرضية أن تسبب الإلتهابات الموضعية أو العامة، ولها أن تؤدي إلى العقم والعنة، ولها أن تسبب الأورام، وتشوهات خلقية في الأجنة، وإلى إصابة الكبد والقلب، والدماغ، والأعصاب، إضافة إلى ما لهذه الآفات أن تحدثه من قلق لأصحابها، لا بسبب الأخطار التي يمكن أن تنجم عنها، وإنما لتأثيرها الصارم على حاضر ومستقبل الحياة الجنسية للفرد، وعلاقته مع شريكه الجنسي أيضاً. ومن البينات التي لها أن تدلل على خطورة هذه الأمراض المنتقلة جنسياً، هي أن ما لا يقل عن ٧٥٠٠ حالة وفاة تحدث سنوياً في الولايات المتحدة معظمها في الأطفال الصغار المولودين لأمهات يعانين من نوع أو آخر من هذه الأمراض. وهذه الأمراض خطورة أخرى، ذلك أنها بما تسببه من تقرحات موضعية في الأعضاء التناسلية، فإنها تفتح الباب وتسهل انتقال الجراثيم إلى هذه التقرحات مما يؤدي إلى مضاعفة الإلتهاب بإصابة أخرى من مرض جنسي جديد ربما لم يكن له أن يجد موطناً لولا تسهيل ذلك من مرض جنسي أولي.

ولكي نعطي فكرة عن مدى انتشار هذه الأمراض الجنسية والخطورة المترتبة على هذا الانتشار، نذكر البينات الإحصائية التالية عن بعض هذه الأمراض في الولايات المتحدة، وهذا لا يعني بالضرورة بأن بلداناً أخرى تقع فيها هذه الأمراض بنسبة مماثلة، وللمرء أن يتوقع أن تكون النسب في بعض البلدان المتخلفة صحياً أعظم من ذلك بسبب انعدام وسائل الوقاية من مثل هذه الأمراض.

### الزهري (السفلس):

عدد حالات الإصابة في عام (١٩٨٨) بالمرض (١٠١,٠٠٠) وهو رقم يمثل ارتفاعاً بمقدار ١٧٪ عن العام السابق له، وتفسر الزيادة بأنها نتيجة للتبذل الجنسي للأعداد المتزايدة من متناولي العقاقير والمخدرات.

### كلاميديا (Chlami dia):

وهو مرض بكتيري، وقد أخبر في عام (١٩٨٨) عن (١٥٠,٠٠٠) إصابة جديدة، إلا أن الخبراء يعتقدون بأن هناك أربعة ملايين إصابة في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر، وكثيراً ما لا يعرف الفرد بأنه مصاب بالمرض لأن الأعراض قد لا تبدأ قبل مرور بعض الزمن، ويقدر الخبراء بأن (٤٥٪) من المراهقين النشطين جنسياً مصابون بالإلتهاب، وبأن هذا الإلتهاب يسبب ٥٠٪ من التهابات الحوض، والتي لها أن تؤدي

إلى حمل غير طبيعي وإلى العقم في النساء .

### الحلأ التناسلي: Genital herpes infection:

وهو مرض فايروسي، ومع أن المرض غير مميت، إلا أن الفايروس يستقر في الجهاز العصبي، ويخرج منه بين الحين والآخر ليسبب قروحاً تناسلية مؤلمة، وهذا الإلتهاب هو شديد العدوى وتقدر نسبة المصابين به من النشطين جنسياً من الذكور والإناث في الولايات المتحدة بحوالي ٢٠٪ من مزاولي العلائق الجنسية.

### السيلان: (Gonorrhea):

السيلان هو من الأمراض التناسلية المتقلبة بين الشركاء الجنسيين، وهو ما يحدث بصورة غالبية في الذكور نتيجة العلائق الجنسية مع المومسات، وعن طريق مكتسبي الإلتهاب من الذكور إلى زوجاتهم أو غيرهن، وعن طريق العلائق الجنسية المثلية بين الذكور، ويقدر عدد المصابين في الولايات المتحدة بحوالي ٧٠٠,٠٠٠ ألف مصاب جديد عام (١٩٨٨)، وهو رقم يمثل هبوطاً قدره (١٠٪) عن الإصابات في عام (١٩٨٧)، ويفسر هذا الهبوط بأنه نتيجة التحفظ الوقائي الذي يمارسه بعض المعرضين للعلائق الجنسية التي تحمل خطورة العدوى، وتقدر نسبة احتمال إصابة الذكر بالسيلان من أنثى مصابة بحوالي ٢٠٪، واحتمال إصابة الأنثى من الذكر المصاب بما بين ٥٠ إلى ٦٠٪.

### التؤلول: (Genital Warts):

يظهر هذا المرض على صورة تؤلولات صغيرة جداً على أغشية الأعضاء التناسلية، وهو مسبب عن فايروس يصيب الإنسان فقط، وهذا الطفح التؤلولي يتعذر التخلص منه وله أن يسبب السرطان في عنق الرحم.

### الأيذز: (Aids virus & Aids):

وهو المرض الأعظم خطورة من الأمراض التي تنتقل من شخص لآخر عن عدة طرق أهمها: العلائق الجنسية على اختلاف أنواعها بين فرد مصاب وشريكه في العلاقة الجنسية، وبالنظر لحدائة هذا المرض من بين بقية الأمراض الإنسانية في الوجود، وبالنظر لسعة انتشاره عالمياً من ناحية، والإحتمالات المرعبة من الإصابة به، وهي الإصابة التي تؤدي بالحياة في معظم المصابين، مما له أن يكون أعظم خطر يهدد الحياة

الإنسانية على الأرض حتى الآن، ليس هذا فقط، بل أن احتمال الإصابة بفايروس المرض أو بالمرض نفسه قد راح يهدد معنى الحياة الجنسية والحياة النفسية للملايين من الناس، ولهذا الحال أن تواصل واتسع أن يجعل من الحياة الجنسية والتي هي في جوهر الحياة النفسية لبني الإنسان، جحياً في الحياة.

### أمراض أخرى منتقلة جنسياً:

هناك أمراض أخرى لها أن تنتقل من شخص مصاب إلى شخص آخر غير مصاب وذلك عبر العلاقات الجنسية ومن هذه: -

### مرض كانديدياسيس : *Candidiasis*

وهو مرض فطري، ويستوطن الجهاز المعدي الأمعائي بنسبة ٥٠ إلى المئة من الأفراد، كما يستوطن الفرج في غير المتزوجات بنسبة ٢٠٪، وللإصابة به أن تحدث التهاباً في الفرج والمهبل، كما أن للإصابة أن تنتقل إلى القضيب.

### ٢ - مرض ترايكومونياسيس : *Trichomoniasis*

هذا مرض يتسبب عن كائن بروتزوي (أولى Protozoa)، وهو يصيب الفرج والأجزاء الخارجية الجنسية من الأثني، وقلما يصيب الذكر بالتهاب الأهليل.

### نقص الوقاية من الإختلاطات المحتملة في العلاقات الجنسية:

يمكن القول بصورة عامة أن عدم اتخاذ الوسائل الواقية في العلائق الجنسية هو السلوك الغالب عند معظم الناس على اختلاف أعمارهم وفي كل من الذكور والإناث. وأكثر ما يتضح القصور في الوقاية هو في مرحلة المراهقة، وقد جلبت هذه الظاهرة اهتمام الباحثين في العقود الأخيرة من الزمن بسبب ما تأتي عن إهمال الوقاية في العلاقات الجنسية من مضاعفات اجتماعية بالغة الأثر، وأهمها الولادات غير الشرعية وما يرتبط بذلك من مشاكل اجتماعية وعائلية خطيرة، وفي العقد الأخير بسبب ما نجم عن هذا الإهمال في الوقاية من تزايد هائل بين صفوف المراهقين خاصة انتشار الإصابة بفايروس مرض الإيدز وانتشار الأمراض الأخرى المنتقلة عن طريق العلائق الجنسية. وفيما يلي تحليل للأسباب التي تكمن وراء نقص الوقاية في ممارسات المراهقين للعلاقات الجنسية كما خلص إليها عدد من الباحثين في هذا الموضوع:

- \* جهل المراهق حول أفضل مانع للحمل، وكيفية ومكان الحصول عليه.
- \* رفض المراهق لتوصية الطبيب لاعتقاده بعدم جدوى المانع الموصوف.
- \* رفض استعمال المانع على أسس دينية أو معنوية.
- \* إنكار المراهق لفائدة المانع.
- \* عدم المسؤولية.
- \* عدم النضوج.
- \* الإستعداد للمخاطرة.

\* توافر وسائل الإجهاد (في بعض المجتمعات).

\* العصيان تجاه المجتمع واتجاه الوالدين.

\* العدوانية تجاه الجنس الآخر.

\* المساواة بين الحب وبين تضحية الذات.

\* الإعتقاد بأن العلاقة الجنسية هي إثم وإن الحمل هو العقاب.

\* الشعور بأن الحمل هو عطاء الحب.

\* رغبة الأنثى لأن تصبح حاملاً.

\* الشعور بأن الجنس هو لغرض التكاثر فقط.

\* عدم استعداد المراهق لأن يجرم نفسه من فرصة العلاقة الجنسية أو تأجيل هذه الفرصة إن سنحت.

\* شعور المراهق أو المراهقة بأن عواقب العلاقة الجنسية (الحمل أو التقاط فايروس الأيدز إلخ) لن تحدث له.

\* شعور المراهق بأن العلاقة الجنسية المباشرة وبدون تحفظ هي إعلان للحب.

\* تبرير المراهق بأن علاقته الجنسية لم تتكرر كثيراً، أو بأنها حدثت في فترة

الأمان من احتمالات الحمل للأنثى.

\* تعذر قيام المراهقين من الجنسين بالتحدث حول موضوع الوقاية من الحمل،

أو من الإصابة بالأمراض المنتقلة نتيجة للعلاقة الجنسية.

إن لهذه العوامل المتعددة في مجموعها أن تفسر قلة إقبال المراهقين من الجنسين على استعمال الوسائط الوقائية الملائمة لكل منها في العلاقات الجنسية التي يمارسونها،

وهذا ينطبق على الطرفين في العلائق الجنسية المختلطة بين الجنسين، وفي العلائق المثلية (بين فردين من نفس الجنس)، وتفيد الإحصائيات بأن حوالي ٢٥٪ من المراهقات (في الولايات المتحدة) لا يقمن باتباع أي وسيلة وقائية لمنع الحمل أو لمنع الإصابات الإلتهابية الجنسية، كما أن ٤٥٪ أخرى من الإناث المراهقات لا يستعملن المانع إلا في بعض الأحيان فقط، وأفادت بحوث أخرى بأن اثنين من كل ثلاثة من المراهقين لم يستعملوا المانع خلال السنة الأخيرة من ممارستهم الجنسية، هذا وهناك بيانات عديدة بأن العلاقات الجنسية التي يقوم بها المراهقون في الأعمار الأولى من مرحلة المراهقة (١٢ - ١٦ سنة من العمر)، هي في غالبيتها علاقات تهمل تماماً الإلتفات إلى موضوع الوقاية من عواقب الجنس العارمة والتي لا تسمح للمراهق بالتبصر بما يمكن أن يتأتى عن تصريفه للعلاقة الجنسية السانحة والمباشرة، وهذا الواقع له أن يفسر حوادث الحمل العديدة في صغار المراهقات (في البلدان الغربية خاصة)، كما يفسر الزيادة الكبيرة في الإصابات بفايروس الأيدز في سن المراهقة في تلك المجتمعات، هذا ولا تتوافر بيانات مقنعة بأن مثل هذه الأخطار قد أحدثت تأثيراً يذكر على المراهقين باتجاه اتخاذ الحيلة اللازمة لتفادي هذه الأخطار.



## الفصل التاسع عشر

### مرض نقص المناعة المكتسب (الأيدز)

- مقدمة.
- تعريف المرض.
- فايروس الأيدز.
- أصوله، طرق انتقاله، الإصابة به.
- احتمال اكتساب الإصابة بالفايروس في أكثر الناس تعرضاً.
- فترة حضانة الإصابة بالفايروس.
- دور نشاط الفايروس وتكاثره.
- الفحوص المخبرية لاكتشاف اكتساب الفايروس.
- الحالات المرضية الناجمة عن الإصابة بالفايروس.
- (١) مرحلة التهاب الغدد اللمفاوية (٢) مرحلة مركب الأعراض المرتبطة بمرض الأيدز (٣) أعراض مرض الأيدز الفعلية.
- اللتهابات الانتهازية. (٢) الأورام السرطانية، (٣) إصابة الدماغ، (٤) الدور الأخير لمرض الأيدز.
- مصير مرضى الأيدز.
- وقوع وانتشار الإصابة بالإيدز وتوقعات المستقبل.
- علاج الأيدز.
- (١) العلاج الدوائي، (٢) العلاج النفسي.
- التشخيص.
- الأعراض النفسية والعقلية (الفكرية والحرف).
- مشاكل الأيدز الاجتماعية.
- الوقاية من مرض الأيدز.
- مستقبل مرض الأيدز.





## الفصل التاسع عشر :

### مرض نقص المناعة المكتسب (الأيدز):

#### مقدمة:

مرض الأيدز هو مرض حديث الوجود في الحياة الإنسانية، وهذا لا ينبغي أن يكون المرض قد أصاب بني الإنسان في فترات سابقة من التاريخ، كما أنه لا ينبغي أن يكون المرض قد تواجد وبصورة متوطنة ومحدودة في بلد أو آخر من بلدان العالم قبل أن يظهر بالصورة المفاجئة والوبائية التي ظهر عليها منذ بداية الثمانينات، وبالرغم من حداثة هذا المرض، فإنه استطاع الإستئثار بقدر عظيم من الاهتمام العالمي على الصعيدين العام والطبي، بما لم يحظى به مرض آخر في تاريخ البشرية كلها، وقد يبدو لأول وهلة وكأن هذا الاهتمام مبالغ فيه، فالمرض ليس بأسرع الأمراض قضاء على الإنسان، فهناك أمراض عديدة حادة الوقع والتأثير على الإنسان مثل الكوليرا، والطاعون والأنفلونزا، وهو ليس أكثرها بطشاً، وبالتالي ثقلاً على صاحبه، كما هو الحال بالأمراض السرطانية وأمراض القلب والدورة الدموية، وهو حتى الآن ليس بأكثر الأمراض فتكاً بالحياة الإنسانية، فعدد الموق بالمرض في البلدان التي انتشر فيها المرض هو أقل بكثير من عدد الذين يموتون بسبب تأثير التدخين، أو المستحضرات الكحولية، أو حوادث

السيارات، أو حتى الإصابة بالأنفلونزا أو التهاب الكبد بالفايروس، والإصابة بالأيدز ليست بأكثر الأمراض إحداثاً للألم، بل هو أقلها تحسيساً بالألم الجسمي، ثم إن للمصاب بفايروس الأيدز أن يعيش مع إصابته لعدة سنوات وهو يتمتع بصحة طبيعية وفعالة، فما الذي إذاً جعل من مرض اويدز أو حتى الإصابة بالفايروس، وبالرغم من كل هذه المزايا، المرض الأول والأهم والأكثر تسبباً للفرع والرعب في العالم من أي مرض آخر عرفه الإنسان حتى الآن؟ . . . . ونحن فيما يلي نحكي قصة الأيدز، وهي قصة نعرف بداياتها وبعض حوادثها وأثارها في حياة من أصابتهم حوادثها، أما القصة الكاملة فلم تكتب بعد وما زالت حوادثها لم تحدث بعد، غير أن المؤشرات الحالية لها أن تفيد بأن اكتساب فايروس الأيدز سيكون في المستقبل غير البعيد أهم وأشد ما يمكن من خسارة تحل ببني الإنسان.



إن بعض الناس، حتى في المجالات المتخصصة، يرون بأن خطر الأيدز قد هولته وسائط الأعلام العامة والعلمية، وهم يفندون هذا التهويل عن طريق مقارنة الإصابات به والوفيات منه، بأمراض أخرى منتشرة في كل المجتمعات كأمراض القلب والسرطانات وأمراض الأجهزة الأخرى في الجسم، والإلتهابات الفايروسية والجراثومية المختلفة، وحوادث السيارات، ومحاولات الانتحار، وعواقب الإدمان، وغيرها مما يودي بالحياة الإنسانية على نطاق واسع، ومع ما يبدو في هذا التفيد من منطق وحجة، فإن خطر الأيدز الحقيقي هو في احتمالاته والتي لا توازيها أية احتمالات لمرض آخر، فالإصابة بفايروس الأيدز هي إصابة عالية الاحتمال لكل من قام بتماس جنسي مع حامل الفايروس، أو اختلطت سوائله وإفرازاته بطريقة ما بسوائل وإفرازات شخص آخر يحمل الفايروس، ثم إن الإصابة بالفايروس تعني بالضرورة الإصابة الحتمية بمرض الأيدز الفعلي عاجلاً أو آجلاً، وأخيراً، فإن الإصابة بمرض الأيدز تنذر بالموت المحتوم على المريض، وهو مصير لا يعرف له استثناء حتى الآن.

إن في هذه الحقائق ما له أن يجعل من الإصابة بمرض الأيدز على مستوى الفايروس في البداية أو المرض الفعلي في النهاية، ما يكفي لإثارة أعظم درجة من التحسب والخشية، غير أن هذا ليس كل ما في الأمر، ففي تسارع انتشار المرض واكتساب الفايروس ما هو أكثر إرعاباً، إذ أن جميع الدراسات حتى الآن تفيد بأن كلاً من الإصابات بالفايروس أو بالمرض الفعلي تتضاعف عدداً كل عشرة أشهر أو كل اثنتي عشر شهراً على أكثر تقدير، وهذا واقع له أن يشعر الناس بوجود خطر داهم

وميت يحتاج الأرض وكأنه الريح الصفراء المميته، والعامل الثالث المكون للخطر هو أن العلم لم يتوصل حتى الآن إلى أي وسيلة وقائية أو علاجية تقي من الإصابة أو توقف مسيرة المرض الفعلي بصورة تامة، أو تشفي منه، وفي رأي البعض بأن إيجاد مثل هذه الوسائل سوف لا يتحقق قبل مرور العديد من السنوات، بينما آخرون لا يتفائلون بإمكانية التوصل إلى مثل هذه الوقاية أو العلاج أبداً.

### تعريف المرض:

مرض الأيدز هو مرض أو حالة مرضية ناجمة عن فايروس معين يدعي اختصاراً بـ HIV، والذي يرمز إلى ما معناه (الفايروس المسبب لكبت المناعة في الإنسان Human Immunosuppressor Virus)، ونتيجة لهذه الخاصية المميزة لفعل الفايروس على جهاز المناعة الطبيعية للفرد، فإن الفايروس يؤدي تدريجياً ويبطئ إلى نقص بين في مناعة الفرد مما يجعله عاجزاً عن مقاومة الإلتهابات التي قد يتعرض لها، سواء تلك النابعة من جراثيم من داخل جسمه، أو تلك التي يتعرض إليها من خارج جسمه، والنتيجة النهائية لهذا العجز هو استفحال هذه الإلتهابات، وبالتالي موت المصاب، وهو ما يحدث في جميع الحالات المرضية الحادثة وبدون استثناء تقريباً.

وقد أضيف مؤخراً لهذا التعريف للمرض حقيقة أن فايروس الأيدز يسبب إضافة إلى انقاص فعالية جهاز المناعة في الجسم، إصابة الجهاز العصبي المركزي في الدماغ مباشرة، وإلى إحداث تغييرات عضوية جوهرية فيه، مما يؤدي إلى إحداث أعراض عصبية ونفسية وعقلية واسعة وخطيرة. ومن الإضافات الجديدة لتعريف مرض الأيدز هي أن فايروس الأيدز هو فايروس مراوغ، فالبحوث تفيد بأن الفايروس له القدرة على تغيير خصائصه في دم المصاب به، وهي قابلية تجعل من الصعب أو حتى المتعذر التوصل إلى تحضير مطاعم وقائية لفايروس قادر على تغيير خصائصه.

### البداية:

يمكن وصف بداية مرض الأيدز بأنها بداية عمياء، إذ لا يعرف بدقة أين ومتى وكيف بدأ ظهور المرض، ناهيك عن أسبابه؟، وقد مرت بضع سنوات قبل أن استطاع الباحثون من تعيين المعالم التاريخية لجميع هذه التساؤلات، وبالرغم من هذا التعيين إلا أنه لا يمكن القول بأن هذه المعالم التاريخية تتوافق مع الوقائع الفعلية، إذ ما تزال هناك فراغات في المسيرة التاريخية للمرض، والتي ما زال يقتضي ملؤها بحقائق يقينية، وأهم

هذه الفراغات هي : أين بدأ المرض الفعلي لأول مرة؟، وكيف بدأ؟. ومع أنه يفترض على نطاق واسع بأن المرض قد بدأ في أفريقيا وخاصة في أقطار أفريقيا الوسطى، إلا أن البدايات الأولى في العالم الغربي قد سجلت في نصف العالم الغربي (القارة الأمريكية)، ومع أن الحالات الأولى قد ظهرت في الولايات المتحدة، إلا أن هناك بيانات مقنعة بأن حالات مماثلة قد وقعت قبل ذلك في جزيرة هايتي وبورتوريكو من بلدان البحر الكاريبي. وفيما يلي نعطي أهم المعالم التاريخية للمرض كما تبينت حتى الآن:

\* قام بعض الأطباء في كاليفورنيا بفحص ومتابعة خمسة مرضى من الشباب بين شهر أكتوبر سنة ١٩٨٠، وحتى شهر مارس سنة ١٩٨١، بسبب إصابتهم بالتهابات في الرئتين من النوع المسمى بـ *Pneumocystis carinii*، وهو التهاب نادر الوقوع، وقد تبين فيما بعد بأنهم جميعاً كانوا من ممارسي الجنسية المثلية (اللواطية).

\* وفي نفس الفترة الزمنية تقريباً أفاد الدكتور فريدمان في نيويورك بأنه شاهد مجموعة من المرض والذين ظهرت عليهم أورام سرطانية من النوع المسمى (كابوسي ساركوما *Caposi Sarcoma*)، وبأن بعض هذه الحالات المرضية قد أصيبت أيضاً بالتهاب الرئتين من النوع الذي أفاد به الأطباء في كاليفورنيا، كما أفاد أيضاً بأن جميع المصابين كانوا من ممارسي الجنسية المثلية (اللواطية)، وبأنهم كانوا في سن يتراوح بين ٢٦ إلى ٥١ سنة، وبأن ثمانية منهم قد ماتوا بالفعل أثناء فترة التشخيص والعلاج.

\* من هذه الإفادات الأولية توالى التقارير عن حدوث حالات أخرى مماثلة من المرضى في كل من ولايات نيويورك و كاليفورنيا وجورجيا، وهو ما دعى الوكالة القومية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها إلى الشروع بأبحاث واسعة للتيقن من هذه الظاهرة المرضية والبحث عن مسبباتها.

\* وفي خريف سنة ١٩٨١ ظهرت إصابات بالمرض في أربعة من الذكور ممن كانت ممارستهم الجنسية طبيعية، وكان في ذلك أول دليل على أن المرض لا يتحدد في ممارسي اللواطية فقط.

\* ومن الحقائق التي تمخضت عنها أبحاث الوكالة القومية للسيطرة على الأمراض هي :

أولاً: إن معظم المرضى من ممارسي اللواطية قد دأبوا على استعمال مهيجات جنسية، وخاصة أميل نايترايت وبيوتيل نايترايت *Amyl nitrite and Butyl nitrite*.

ثانياً: بان المصابين قد تعدد اتصاهم اللواطى وإلى حد يتجاوز الستين شريكا جنسياً.

ثالثاً: بأنهم دأبوا على الإغتسال في حمامات عامة، سعياً وراء لقاءات جنسية مجهولة (عارضه).

رابعاً: الإصابة بأمراض جنسية الإنتقال مثل السفلس، وفايروس التهاب الكبد.

خامساً: تعاطي العقاقير، وخاصة المروانا (الحشيشة) والكوكايين.

\* في عام ١٩٨١، أفاد تقرير من ميامي في فلوريدا بأن أربعة من المهاجرين من هاييتي قد توفوا بالتهابات مرضية مشابهة لما سبق ذكره من الإلتهابات، وبعد بضعة شهور أفادت التقارير الطبية بوجود هذه الإلتهابات في عدد من المهاجرين الجدد من هاييتي إلى فلوريدا، وهذه اليبينات أضافت بعداً غامضاً جديداً لهذه الحالة المرضية المحيرة، وبما زاد في الأمر غموضاً أن المرضى من مهاجرين هاييتي، لم يكونوا من ممارسي اللواطية أو من متعاطي العقاقير. وعلى أثر ذلك قام فريق طبي بزيارة استقصاء إلى هاييتي، وأفادت البعثة بأن حالات المرض موجودة فعلاً في هاييتي، وبأنها منتشرة وبصورة متساوية تقريباً في ذوي الجنسية الطبيعية من الرجال والنساء.

\* في خريف ١٩٨٢، شخص المرض في طفل في سن العشرين شهراً، وتبين فيما بعد بأن الطفل قد نقل إليه الدم، وبأن مصدر الدم قد جاء من رجل مصاب بالمرض، وتوالت الإفادات بعد ذلك عن حالات إصابة في الكبار نتيجة لنقل الدم إليهم من مصابين بالمرض، كما نشرت بينات عن إصابة بعض مرض الهيموفيليا بالمرض، وخاصة أولئك الذين تناولوا مستحضرات دموية أو دم استقصى أصله إلى مصابين بالمرض.

\* حتى شهر يناير سنة ١٩٨٣، تم جمع ٢٦ حالة من الأطفال دون الخامسة من العمر ممن كانوا مصابين بالمرض، وتبين بأن معظمهم كانوا أبناء لوالدين من أصول هاييتية، أو من ممارسي زرق المخدرات في الدم، أو من آباء ممارسين للجنسية اللواطية، كما تم خلال هذه الفترة تشخيص حالات مرضية في الشريكات في العلاقة الجنسية مع رجال مصابين بالمرض.

وبتوالي الإفادات عن حالات مرضية أخرى، اتضح بأن الإصابة بالمرض لا

تقتصر على ممارسي العلاقات الجنسية، وإنما تشمل شرائح اجتماعية أخرى أهمها: ممارسي الجنسية الثنائية، ومتعاطي العقاقير عن طريق الزرق الوريدي بصورة جماعية، وتناول الدم أو المستحضرات الدموية، وفي الشركاء الجنسيين للمصابين، وفي أطفال المصابين بالمرض. ومع كل هذه الملاحظات، وبالرغم من العدد الكبير للمرضى، فقد ظل سبب المرض غير واضح، وتعددت النظريات حوله، غير أن كل ما أمكن التوصل إليه بشأن ذلك، هو أن المرض ظاهرة جديدة لم يسبق لها مثيل في مسيرة الطب الطويلة، وبأنه يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنقص متزايد في الجهاز المناعي للفرد المصاب بالمرض، وهو نقص لم يتبين تسببه بعوامل وراثية أو نتيجة الإصابة بحالات مرضية من شأنها أن تؤدي إلى هذا النقص، ولهذا أطلق على المرض مصطلح ايدز Aids، وهي الحروف الأولى لكلمات أربعة: الأولى A، وتعني (مكتسب Acquired)، والثانية (i)، وهي الحرف الأول من كلمة Immune، ومفادها المناعة، والحرف الثالث (d)، يرمز إلى كلمة (نقص)، والحرف الرابع (s) ويعني حالة أو متلازمة. وجمع (Syndrome) الحروف يتكون مصطلح (AIDS)، والذي يعني: (مرض نقص المناعة المكتسب Acquired Immune Deficiency Syndrome)، وما يمكن ترجمته العربية بمصطلح (متلازمة (مرض) نقص المناعة المكتسب).

\* أفاد الباحثون الأوروبيون والأفارقة بأن حالات مرضية مماثلة قد ظهرت في أفريقيا منذ عام ١٩٨٣، وبأنها كانت واسعة الانتشار خاصة في زائير وروانده، مما له أن يفيد بأن المرض قد وجد في أفريقيا قبل وجوده وانتشاره في أمريكا، ولهذا الواقع أن ينوه بأن أصول المرض قد بدأت في أفريقيا قبل انتقالها إلى أوروبا وأمريكا، غير أن إقرار هذا الواقع ما زال يتطلب المزيد من البحث والتقصي. ومن أهم ما لوحظ في أمر المصابين بالمرض في أفريقيا هو أن الإصابات بالمرض لم تقتصر على ممارسي اللواطية، أو الذكور بصورة غالبية، وإنما تواجدت في ممارسي الجنس الطبيعي، وبأعداد متساوية تقريباً من الذكور والإناث.

\* وفي أوروبا لا يعرف تماماً متى وفي أي بلد بدأ ظهور الحالات المرضية، غير أن إحصائيات منظمة الصحة العالمية قد أفادت بظهور ١٥٧٣ حالة مرضية حتى شهر أيلول سنة ١٩٨٥ وذلك في ٢١ بلداً أوربيا، معظمها في بريطانيا، وفي ألمانيا الغربية، وفي بلجيكا وإيطاليا وفرنسا، وقد تبين من متابعة هذه الحالات بأن أكثر من نصفها قد حدثت إما بين الأفارقة في أوروبا أو بين الأوروبيين ممن لهم علاقة وتماس مع الأفارقة، أما في أفريقيا أو في أوروبا.

## فايروس الأيدز:

بعد أن استقر رأي العلماء بأن المسبب لمرض الأيدز هو على الغالب جرثومة فايروسية، وبعد استبعادهم للفايروسات المعروفة، اتجه بحثهم إلى مجموعة الفايروسات المعروفة بـ *Retroviruses*، وقد جرى البحث في بعض أنواع هذه المجموعة إلا أنها استبعدت لعدم تواجدها بصورة مقنعة في الخلايا اللمفاوية في دم المصابين بالأيدز، وكان لا بد لذلك من البحث عن فايروس آخر مما هو غير معروف حتى الآن. وأخيراً تكلل هذا البحث بالنجاح وفي ثلاثة مراكز للبحث في وقت واحد تقريباً وبصورة مستقلة، ففي أمريكا، استطاع الدكتور جالو Gallo عزل هذا الفايروس من مرضى الإيدز سنة ١٩٨٣، وسمي الفايروس (Human T. cell Iym- HTLV - III - photropic Virus type III)، أو الفايروس المؤثر في الخلايا اللمفاوية من نوع III، وفي نفس الفترة تقريباً استطاع الدكتور مونتنيير Montagnier من معهد باستور في باريس من اكتشاف فايروس مماثل، وسماه فايروس (Lymphadenopathy associated Virus (LAV) (الفايروس المرتبط بالتهاب الغدد اللمفاوية)، وبعد ذلك برمن قصير استطاعت مجموعة من الباحثين في كاليفورنيا اكتشاف نوع من الفايروس في المرضى وسموه فايروس RCV (أي الفايروس المرتبط بالأيدز Aids - related Virus)، وقد تبين فيما بعد بأن هذه الأنواع المختلفة الأسماء من الفايروس إنما هي فايروس واحد، وإن كانت هناك اختلافات طفيفة في الأنتجين (البروتين) الواقع على غلاف هذه الفايروسات، ونتيجة لهذا التماثل بين هذه الفايروسات، فقد تم توحيدها بمصطلح رمزي واحد وهو (HIV)، أي فايروس نقص المناعة الإنساني Human Immunodeficiency Virus وهو الإسم الذي يطلق بصورة عالمية على الفايروس المسبب لمرض الأيدز، وفي السنوات القليلة تم اكتشاف فايروس لمرض الأيدز من نوع آخر في أفريقيا وأوروبا، ومن الممكن أن ينتقل هذا الفايروس إلى الولايات المتحدة، كما أنه يتطلب فحوصاً خاصة لاكتشاف الإصابة به، مما له أن يصعب تشخيص الإصابة بمرض الأيدز.

## أصول فايروس الأيدز:

لا نعلم حتى الآن وبصورة دقيقة ونهائية ما هي أصول فايروس مرض الأيدز في الإنسان، وهناك نظريات مختلفة حول هذا الموضوع ومنها:

١ - إن فايروس الأيدز هو بالأصل فايروس حيواني، وبأنه عرف في بعض الحيوانات ومنها القردة الخضراء في أفريقيا، وبأنه يحدث في هذه الحيوانات حالات

مرضية مشابهة لمرض الأيدز، وبأن هذا الفايروس قد انتقل إلى الإنسان من إحدى هذه الحيوانات الحاملة للفايروس بعد أن طرأ عليه تطور طافر جعله ملائماً للبيئة البايولوجية الإنسانية.

٢ - نظرية تفيد بأن فايروس الأيدز في الإنسان، وفايروس الأيدز في القردة الخضراء لها أصل واحد، فكليهما فايروس متطور طافر من أصل فايروس غير مؤذي، واحد منها انتقل للإنسان، والثاني انتقل للقردة الخضراء...

هذا وما زالت أصول الفايروس غير معروفة تماماً، كما أن العلاقة بين كل من فايروس الأيدز في الإنسان، وفايروس الأيدز في الحيوان غير واضحة تماماً، وكل ما يمكن ملاحظته في هذا الموضوع هو ظهور الأيدز في القردة وغيرها من الحيوانات (الخنازير الأفريقية) في أفريقيا قبل سنوات من ظهور حالات مرض الأيدز في الإنسان الأفريقي، وبأن حالات مرض الأيدز في الإنسان الأفريقي قد ظهرت قبل سنوات لا يمكن تحديد مدتها من ظهور هذا المرض خارج أفريقيا.

٣ - النظرية بأن فايروس الأيدز قد نشأ وتطور في الإنسان بصورة مستقلة عن فايروس الأيدز في الحيوانات، وإن كان هناك بعض التشابه في خصائص كل منهما.

### طرق انتقال فايروس الأيدز:

في السنوات الأولى من ظهور مرض الأيدز، ساد الاعتقاد بأن أكثر المصابين يكتسبون فايروس المرض عن طريق المسالك التالية:

١ - الممارسون للعلاقات الجنسية المثلية (اللواطية) بين الذكور.

٢ - المتناولون لدم ملوث بفايروس الأيدز عن طريق نقل الدم إليهم.

٣ - المتعاطون للعقاقير والمستحضرات الإدمانية كالهروين، والذين يتناولون هذه المواد عن طريق الزرق الوريدي الجماعي والذي تستعمل فيه أبر وزراقات ملوثة بالفايروس من دم واحد أو آخر من المشاركين في تعاطي هذه المواد.

٤ - المصابون بمرض الهيموفيليا (الناعور) والذين يعالجون بمستحضرات من الدم ملوثة بفايروس الأيدز.

غير أن هذا التسلسل قد تغير في السنوات الأخيرة، وأصبحت طرق اكتساب الفايروس على النحو التالي من حيث حجم الانتقال:



- ١ - الممارسات الجنسية بين الجنسين (عندما يكون أحدهم مصاباً بالفايروس).
- ٢ - الممارسون للعلاقات الجنسية الثنائية (العلاقة الجنسية مع شخص من نفس الجنس ومع شخص من جنس مخالف).
- ٣ - الأطفال المولودون لأمهات حاملات للفايروس أو مرض الأيدز.
- ٤ - الممارسون للعلاقات الجنسية المثلية (عندما يكون أحد الشركاء مصاباً بالفايروس أو المرض).
- ٥ - عمليات نقل الدم الملوث، أو مستحضرات الدم الملوثة.
- ٦ - عن طرق أخرى غير جنسية. (مثل القائمين على تمرير ورعاية المصابين بالمرض، وغيرها من الوسائل غير الجنسية).

وقد نجم عن هذا التغيير في طرق الانتقال لفايروس الأيدز، أن العلاقات الجنسية بين الذكر والأنثى قد أصبحت الطريقة السائدة لاكتساب الفايروس، سواء كان الشريك الجنسي ذكراً أو أنثى. زوجاً أو زوجة، أو موسماً أو غيرها من حاملات الفايروس واللواتي اكتسبن الفايروس من حامله من الذكور. وهذا النمط من الانتقال هو النمط الغالب في أفريقيا، وهو أيضاً نمط متزايد الظهور في المجتمعات الغربية في السنوات الأخيرة. ومن مظاهر التغيير في طرق الانتقال هو انتقال الفايروس من الأم الحامل إلى أطفالها أثناء الحمل أو الولادة أو الرضاعة، وهي وسيلة من الانتقال أصبحت أحد أهم الطرق الرئيسية لانتقال الفايروس، ومن أكثرها خطراً على الحياة والمجتمع، ومن طرق الانتقال الأخرى والتي لها أن تؤدي إلى الإصابة بالفايروس هي الطرق التالية:

- ١ - العلاقة الجنسية التي تتم بين الفم والعضو التناسلي (للذكر أو الأنثى).
- ٢ - العلاقة الجنسية التي تتم بين الفم والمقعد في كل من الذكر والأنثى . . .
- ٣ - ممارسة التقبيل العميق بين شخص مصاب وآخر غير مصاب يحمل إمكانية الإصابة بالفايروس إذا ما توافرت في فم أحدهما جروح تسمح بانتقال الفايروس من أحدهما للآخر.
- ٤ - إمكانية الانتقال للفايروس عن طريق نقل عضو من جسم يحمل الفايروس أو المرض إلى شخص آخر.

٥ - إمكانية نقل الفايروس عن طريق جراح يحمل الفايروس إلى من أجرى عليه عملية جراحية، أو عن طريق آلات جراحية ملوثة بالفايروس.

٦ - إمكانية الانتقال عن طريق التماس بسوائل الجسم من شخص مصاب إلى آخر غير مصاب، وذلك عن طريق جروح أو خدوش مفتوحة ومن هذه الوسائل: البصاق، والمني، وإفرازات الفرج، والأدرار، والبعض يضيف إلى هذه السوائل الحروق والدموع، وحتى بين الممارسات للعلائق الجنسية السحاقية أحياناً.

**الإصابة بفايروس الأيدز:**

إذا تعرض أي إنسان للفايروس عن طريق تسهل التقاطه، فإن هناك احتمالاً كبيراً بالإصابة بالفايروس، ويزداد هذا الإحتمال بفعل عدة عوامل مساعدة منها طريقة التعرض لمصدر الإصابة، وكثافة الفايروس في المصدر الناقل للعدوى، وتكرار التعرض، وفي جميع طرق النقل للعدوى ينتهي الأمر بدخول الفايروس إلى الدم، وما يحدث بعد ذلك يأتي على مراحل: ففي المرحلة الأولى يظل الفايروس في الدورة الدموية لمدة يوم واحد تقريباً، وخلال هذه المدة قد يكون بالإمكان عزله كفايروس، وبعدها يقوم الفايروس برصد نوع معين من الخلايا البيضاء في الدم، والتي يطلق عليها مصطلح ( $T_4$  خلايا)، وهي من مجموعة خلايا اللمفوسايت Lymphocytes، وتعرف أيضاً بخلايا المساعدة T helper Cells، ومهمتها هي إنذار الجهاز المناعي للجسم بأنه قد تهدد بغزو جرثومي يقتضي احتواءه وإهلاكه، كما أن هذه الخلايا تقوم بتنسيق عمليات الدفاع المناعي للجسم، والذي تقوم به فئة (لمفوسايت B - Iymphocytes/B، وفئة الخلايا المسماة بالخلايا الدموية البلعمية Macrophages، فالأولى تفرز الأجسام المناعية Antibodies الملائمة لمقاومة الفايروس، والثانية تقوم بوظيفة التهام الفايروس وتحطيمه، وهناك فئات أخرى من الخلايا والتي تقوم بوظائف مناعية مماثلة، وبعد أن يتم رصد خلايا  $T_4$ ، والتي هي بمثابة مركز للجهاز المناعي يقوم الفايروس بنزع غلافه البروتيني، ومن ثمة ينفذ بقوة صاروخية عبر غشاء الخلية، ويتم العبور عن طريق مستلمات خاصة على غشاء الخلية والتي اصطلح عليها بمستلمات CD-4، وفي داخل الخلية، يطلق الفايروس مادة جينية، genetic على شكل خيط يعرف بـ RNA، والذي يتم تحويله بفعل انزيمي إلى عدة خيوط من الـ DNA، وهذه المادة تحمل القيد الجينية التي تقرر عمليات صنع البروتينات والأحماض الأمينية داخل الخلية، وبعد ذلك تقوم هذه الخيوط من الـ DNA بشق طريقها عبر غلاف نواة الخلية وتقوم بعملية اندماج محكم وكامل مع القيد الجيني

في دنا DNA الخلية، وبهذا يصبح القيد لكل من الخلية والفايروس قيدا واحدا، ونتيجة ذلك أن الخلية الدموية (T<sub>4</sub>) عندما تنقسم إلى شطرين متماثلين، فإن القسمة تؤدي إلى تكوين فايروسين جديدين، وإطلاقهما إلى المجرى الدموي ليقوما بمهمة مماثلة من التعرف على خلايا T<sub>4</sub> جديدة ومهاجمتها، وهكذا دواليك، أما خلايا T<sub>4</sub> التي هوجمت وتم انشطارها فهي تواصل انشطارها إلى أن يدب فيها الوهن بفعل الفايروس وتموت. ويتوالي عمليات الإنشطار وخلق فايروسات جديدة يقل عدد خلايا T إلى حد كبير وبصورة متزايدة، وتتناقص مع ذلك القوى الدفاعية المناعية في الجسم، كما تتضاءل مقدرتها على إصدار الأوامر اللازمة لمقاومة الجراثيم الغازية وتنسيق العمليات الوقائية، وهو الأمر الذي يجعل الجسم معرضا إلى غزو الجراثيم وغيرها من الآفات من داخل الجسم وخارجه، وبدون توافر المقدرة على مقاومتها، وبسبب مثل هذه النتيجة سمي الفايروس بمصطلح فايروس نقص المناعة في الإنسان، وسمي المرض الناجم عنه بمرض الأيدز أي مرض نقص المناعة المكتسب.

يوصف فايروس نقص المناعة والمسبب للأيدز بعدة مصطلحات تبين بعض خصائصه، ومن هذه مصطلح Lentivirus ويعني هذا الوصف بأن الفايروس يصنع نسخة أخرى طبق الأصل عن نفسه، ويأن تطوره المرضي يتم ببطيء، ويوصف الفايروس أيضاً بأنه فايروس رجوعي Retrovirus، بمعنى أنه يعيد نسخ مادته الجينية مجدداً في نواة خلية الجسم التي يحل فيها ويقوم بتحويلها بحيث تواصل صنع الفايروس إلى أن تضمحل الخلية أو تموت.

### احتمالات اكتساب الإصابة بالفايروس في أكثر الناس تعرضاً:

تباين هذه الاحتمالات تبعاً للتوزيع الجغرافي لكل من حاملي الفايروس والمتعرضين لاكتسابه. وهذا التوزيع يعتمد على عدة عوامل متغيرة، من أهمها: مدى تواجد الإصابات بالفايروس أو مرض الأيدز في المجتمع المعين، وطرق الانتقال السائدة فيه، ونوعية العلائق الجنسية المنتشرة، وأساليب الوقاية المعمول بها، وغيرها من العوامل المقررة، ومن البديهي أن لا تتوافر أية احتمالات تذكر لاكتساب الفايروس إذا لم تتوافر إصابات بالفايروس أو المرض في مجتمع المريض، أو لم تتح له فرصة الإتصال الجنسي الذي يعرضه للخطر. ويستثنى من ذلك إمكانية اكتساب الفايروس عن طريق نقل دم ملوث بالفايروس أو أية مستحضرات دموية ملوثة. ومن المؤثرات لاحتمال

اكتساب الفايروس في مجتمع انتشرت فيه الإصابات بالفايروس وبالمرض الفعلي هي نتائج دراسة تمت في إحدى المدن الأمريكية والتي أفادت بالبيانات التالية حول احتمالات اكتساب الفايروس في أكثر الناس تعرضاً للإصابة، وكما يلي:

١ - في الذكور الممارسين للعلاقات الجنسية المثلية (اللواطية) (ما بين ٥٠ إلى ٧٠ في المئة).

٢ - ممارسي اساءة تناول العقاقير بالزرق الوريدي (في ٨٠ في المئة منهم).

٣ - في المصابين بمرض النزف الدموي التلقائي (الهيموفيليا) والذين يتناولون نقل الدم ومستحضرات الدم (في ٩٠ في المئة منهم).

٤ - الإناث الممارسات للدعارة (في ٢٠ في المئة منهن).

هذا وهناك احتمالات أخرى باكتساب الفايروس والتي لم تشملها الدراسة والتي يتعذر تحديد نسبها بصورة ثابتة، وفي جميع المجتمعات، ومنها احتمالات إصابة المواليد بفايروس الأيدز، واحتمالات إصابة ممارسي السلوك الجنسي المتعدد، أو السلوك الجنسي الثنائي (مع الجنس الآخر، ومع عين الجنس)، واحتمال إصابة القائم على تمرير ورعاية الحاملين للفايروس أو المصابين بالمرض الفعلي، وغيرهم من فئات المتعرضين لمصادر اكتساب الفايروس.

### فترة حضانة الفايروس:

فترة الحضانة هي المدة الفاصلة بين دخول الفايروس إلى دم الشخص المصاب وبين ظهور الأجسام المضادة للفايروس في فحوص الدم، ولهذا الفترة أن تمتد من ٦ إلى ١٢ أسبوع بعد دخول الفايروس للدم، وفي بعض الحالات تصل فترة الحضانة إلى ستة شهور تظهر بعدها البيئة السيرولوجية المفيدة بوجود الأجسام المناعية، ومع أن هذه الفترة قد تكون خالية من الأعراض، إلا أن لإصابة الفرد بالفايروس، أن تحدث بعض الأعراض والتي تفسر عادة بأنها أعراض الإصابة بالرشح، غير أن لها أن تنوه بإصابة الفرد بالفايروس خاصة إذا جاءت بعد علاقة جنسية مشبوهة، أو أي تعرض يحمل احتمالاً باكتساب الفرد للفايروس مثل: تعاطي الهرويين بالزرق الدموي الجماعي، أو إجراء نقل الدم من مصدر ملوث، وغير ذلك من الطرق. ومن الأعراض التي لها أن تحدث خلال هذه الفترة الحادة هي: الحمى، القشعريرة، الألام المفصلية

والعضلية، أعراض الجهاز المعدي الأمعائي، التهاب الحلق، الطفح الجلدي، الصداع، التعرق أثناء النوم، الإسهال المائي، والشعور بالتعب، وأعراض خفيفة أخرى مدللة على إصابة السحايا، ولتصف عدد المصابين بالفايروس خلال هذه الفترة الحضانة، أن تظهر عندهم بعض التقرحات المؤلمة في الفم أو الأعضاء التناسلية، وهي تقرحات لها أن تؤثر الى المكان الذي نفذ منه الفيروس إلى جسم الإنسان ومن ثمة إلى دمه، وفي الحالات التي تم فيها رصد هذه الاعراض تبين بأن معظمها تبدأ في الظهور ما بين اليوم ١١ إلى اليوم ٢٨ من بدء التعرض للإصابة بالفايروس، وبأنها تتواصل لمدة تتراوح بين ٥ إلى ٤٤ يوم من بدء ظهورها، أو ما معدله أسبوعان، وبالنظر لطبيعة هذه الأعراض فإن لا المريض ولا الطبيب يفتنان إلى احتمال ارتباطها بالإصابة بفايروس الأيدز، ثم أن الفحص الدموي لا يظهر أي فايروس في الدم أو أي بيته إيجابية مناعية في مصل الدم، وهكذا تظل أصول الأعراض خافية على أي محاولة للتحقق من أصولها، هذا وهناك نسبة غير قليلة من المصابين بدور الحضانة والذين لا تظهر فيهم أية أعراض غير طبيعية خلال هذه الفترة.

### دور نشاط الفايروس وتكاثره:

بانتهاؤ فترة الحضانة والتي يكون فيها الفايروس في حالة سبات غير نشطة في نواة الخلية الدموية، ينشط الفايروس من جديد، والمعتقد أن ذلك يتم بسبب توافر عوامل أخرى اصطلح عليها بالعوامل المشاركة Cofactors، والتي تنشط فعالية الفايروس، ومن هذه العوامل المعترضة ما يمكن أن يستعمل من عقاقير لأغراض علاجية أو ترفيهية. والحالة الصحية العامة للفرد، والنقص في التغذية، والإجهاد الجسمي والنفسي، وسوء وسائط التطهير، وفطريات المعدة والأمعاء، والعمليات الجراحية. ومع افتراض هذه العوامل المشاركة، إلا أن ما من أحد استطاع تعيين عامل واحد، يؤدي لتنشيط الفايروس من سباته، ومهما كانت مقررات هذا التنشيط، فإن الفايروس يستطيع حمل الخلية الدموية (T<sub>4</sub>) الحاوية له على الإنشطار إلى خليتين، وبهذا الإنشطار فإن الخلية تقوم تلقائياً بصنع فايروسين متماثلين، وهكذا دواليك، ونتيجة لذلك هو أن تتحول كل خلية من خلايا (T<sub>4</sub>) إلى مصنع صغير لإنتاج الفايروسات، وبأن كل فايروس جديد الصنع يهاجم خلية جديدة من خلايا (T<sub>4</sub>) ويحولها بدوره إلى مصنع مماثل، وهو ما يؤدي

إلى تكاثر الفيروس في الدم بأعداد هائلة، (ويقدر عدد الفيروسات التي تقوم خلية الدم بصنعها بحوالي مئة ألف فيروس في كل ٣٠ دقيقة)، وأهم نتيجة لهذا التكاثر هو أن كل خلية من خلايا ( $T_4$ ) والتي استوطنها الفيروى وحولها إلى مصنع لاستنساخ صوره عنه، فإنها تموت نتيجة لإجهاد الإنشطار، وبهذا يقل عددها بصورة تدريجية ومتزايدة، وهو ما يتضح من أن عددها في الدم يقل، وتنعكس نسبتها بالمقارنة مع الخلايا الكابتة للمناعة من ٢ إلى ١ في الأحوال الطبيعية، إلى عكس ذلك، والنتيجة النهائية لكل ذلك هي أن الجسم يفقدانه الخلايا للمفاوية ( $T_4$ ) فإنه يفقد القدرة عن القيام بالعمليات المتاعية الدفاعية والتي هي وظيفة هذه الخلايا. ومع أن الخلايا للمفاوية المعروفة بـ خلايا  $T_8$  والتي تقوم بتركيب وإفراز الأجسام المناعية تظل سالمة من تأثير الفيروس، إلا أنها مع ذلك لا تستطيع تركيب وإفراز الأجسام المناعية المضادة للفيروس بدون إشارة من خلايا ( $T_4$ ) وهي الإشارة التي تتعطل في هذه الخلايا ( $T_4$ ) بسبب إتلافها، وهكذا فإن العمليات الدفاعية ضد الفيروس تحطم بصورة تدريجية ورتبية، ويصبح بذلك الجسم خالياً وبدرجات متفاوتة من القوة المناعية لمقاومة الفيروس نفسه أو أية إصابات جرثومية أو آفات أخرى لها أن تنتهز نقص المناعة الحادث في الجسم فتهاجمه وتتمكن منه.

إن دخول الفيروس في دورة الدم هو دخول عابر لا يستديم طويلاً (مدة يوم واحد على الأكثر) ومن ثمة يدخل الخلايا للمفاوية، وهكذا فإن من الصعب الحصول على الفيروس في الدورة الدموية، وإن كان ذلك ممكناً من الناحية النظرية خلال اليوم الأول من الإصابة بالفيروس، ويتعذر أيضاً الحصول على الفيروس أثناء فترة الرقاد والتي يكون الفيروس فيها جزءاً لا يتجزأ من الخلية الضحية التي نفذ إليها، كما أن من المتعذر الحصول على أية بينات أخرى غير مباشرة عن وجود الفيروس أثناء فترة رقاذه داخل الخلية الدموية التي استوطنها واندمج معها، ذلك أن الخلية هذه لا تستطيع إعطاء الإشارات للخلايا الدموية (خلايا ب) للقيام بإنتاج الأجسام المناعية المضادة للفيروس، ويستمر هذا الواقع حتى انتهاء فترة الرقاد وتنشيطه الفيروس وتكاثره، وعندها تقوم الخلايا المعنية بإفراز الأجسام المناعية لمقاومة الفيروس، غير أنها كما يتضح لا تستطيع حصر الفيروس، ويستمر لذلك الفيروس بالتكاثر ومهاجمة الخلايا للمفاوية من فئة ( $T_4$ ) وإتلافها.

## الفحوص المختبرية:

الفحوص المختبرية المتعلقة بالإصابة بفيروس الأيدز تنقسم إلى فئتين: الفئة الأولى تتجه إلى العثور على بينات تؤيد إصابة الفرد بفيروس مرض الأيدز، وذلك عن طريق الحصول على الفايروس من سوائل الجسم أو أنسجته، وفي الفئة الثانية تتجه الفحوص إلى إثبات الإصابة بفيروس المرض وبصورة غير مباشرة، وذلك عن طريق العثور على الأجسام المناعية المضادة للفايروس في دم المريض وللتنتائج الإيجابية في الفئتين من الفحوص المباشرة وغير المباشرة، أن تثبت إصابة المريض بفيروس الأيدز.

### العثور مباشرة على فايروس الأيدز:

تتوافر إمكانية العثور على الفايروس مباشرة، ومن مصدر أو آخر من المصادر التالية، وهي: دم الفرد - وخاصة الدم المستمد من دورة الدم المحيطة (من الخلايا الحادية النواة Peripheral blood monocytes)، ومن الخلايا البيضاء في نخاع العظام، والعقد اللمفاوية، والعصارة الدماغية الظهرية، ومن السائل المنوي، واللعاب، ومن البلازما الخالية من الخلايا الدموية)، وتقع إمكانية العثور على الفايروس بالنسب التالية في الأدوار المختلفة في الإصابة بالإيدز كما يلي:

١ - يمكن العثور على الفايروس (من الناحية النظرية) خلال اليوم الأول من دخول الفايروس إلى الدم، ذلك أن الفايروس يظل في الدورة الدموية لمدة يوم واحد تقريباً قبل أن يدخل إلى الخلايا الدموية ( $T_4$ ) واختفائه بعد ذلك.

٢ - احتمال العثور على الفايروس في دور المركب المرتبط بالأيدز (ARC) Aids Re-lated Complex، هو حوالي ٨٠ في المئة.

٣ - احتمال العثور على الفايروس في أناس أصحاء غير أنهم من الفئة التي تعرف بأنها معرضة إلى درجة عالية من الخطورة للإصابة بالفايروس (مثل ذوي الجنسية المثلية والجنسية الثنائية، إلخ)، فإنه يقع في حدود ٣٠ في المئة.

٤ - احتمال العثور على الفايروس في أولئك الذين يعانون من المرض الفعلي للأيدز، يقع في حدود ٥٠ في المئة، وهذه النسبة المنخفضة نسبياً تفسر على أنها ناجمة عن الإنخفاض الشديد في الخلايا اللمفاوية Tymphocytes والتي يتواجد فيها الفايروس.

## العثور على الأجسام المناعية المضادة:

لا يمكن الحصول على بيانات عن وجود أجسام مناعية مضادة للفايروس ما دام الفايروس كامناً داخل الخلايا الدموية وبدون أي نشاط تكاثري، ولا بد لذلك من انتهاء هذه الفترة وابتداء الفايروس بنشاطه التكاثري قبل أن تظهر الأجسام المناعية والتي يمكن التعرف على وجودها بالفحوص السيرولوجية في دم الفرد المشتبه إصابته بالفايروس بسبب تعرضه للإصابة، وهناك فحصان يجري العمل بهما لتأييد أو نفي وجود الأجسام المناعية: الأول ويعرف بفحص (اليزا Elisa)، وهو رمز مختصر لـ (Enzyme linked immunosorbent assays)، والثاني يستعمل لغرض تأييد النتائج الإيجابية للفحص الأول (Elisa)، وهو الفحص المعروف بـ Western blood analysis . وفيما يلي بعض البيانات المتوافرة عن هذه الفحوص، ومدى الإعتماد عليها في تشخيص الإصابة بفايروس ومرض الأيدز.

١ - لا يظهر الفحصان المذكوران أعلاه أية نتائج إيجابية عن وجود الأجسام المناعية في الأسابيع الأولى من الإصابة بالفايروس.

٢ - معظم المصابين بالفايروس يظهرون الأجسام المناعية خلال ما بين ٦ إلى ١٢ أسبوع بعد دخول الفايروس إلى دمهم، غير أن لبعض هؤلاء أن لا يظهروا أية بيانات عن وجود هذه الأجسام المناعية قبل مرور ستة أشهر، وأحياناً قبل مرور سنة أو أكثر من تاريخ دخول الفايروس.

٣ - فحوص الأجسام المناعية حساسة للغاية (أكثر من ٩٩ في المئة)، ومخصصة بحدود ٩٨ في المئة.

٤ - يمكن لنتائج الفحوص المختبرية الإيجابية أو السلبية أن تكون كاذبة (تنافي الواقع)، وفي حالة التشكك يقتضي إعادة الفحوص، كما يقتضي دائماً ضرورة تأييد الفحص الإيجابي Elisa بفحص ايجابي بطريقة Western blood analysis .

٦ - للفحص بأي من الطريقتين أن يكون إيجابياً ثم يصبح سلبياً مع مرور الزمن (كما لذلك أن يحدث في الحالات المتقدمة من المرض والتي لا تتوافر فيها الأجسام المناعية، وهذا واقع يتطلب القيام بزرع الدم أو غيره من السوائل والأنسجة بهدف العثور على الفايروس.

٦ - بالنظر لإمكانية إصابة الفرد بفايروس HIV - 2 فإنه لا بد من إجراء



فحوص سيرولوجية خاصة بهذا الفيروس، ذلك أن الفحصين السابقين (Elisa و Western) لا يظهران الأجسام المناعية المضادة لهذا الفيروس.

### الحالات المرضية السريرية الناجمة عن الإصابة بالفايروس:

هناك الكثير من التباين بين المختصين في هذا الموضوع حول تعيين الحالات المرضية المرتبطة بالإصابة بفايروس الإيدز وأزمان حدوثها، ويرد هذا التباين إلى تعذر معرفة زمن الإصابة بالفايروس في معظم حالات الإصابة، وإلى أن الفايروس يظل خفياً عن الإكتشاف لوجوده مباشرة أو بصورة غير مباشرة ولمدة طويلة قد تبلغ العام أو أكثر في بعض الحالات، ثم أن الأعراض التي يمكن أن تحدث في المراحل الأولية للإصابة بالفايروس تأتي عادة بصورة عابرة ويتعذر تشخيصها بأنها ترتبط بالإصابة بالفايروس، وهي فوق ذلك لا تحدث في كل مصاب بالفايروس، ومع أخذ هذه النقاط بعين الإعتبار، فإن الحالات المرضية التالية ترتبط وبدرجات متفاوتة من الوثوق بالإصابة بالفايروس عبر مسيرته في جسم الحامل له: -

#### ١ - مرحلة التهاب الغدد اللمفاوية:

اصطلح على هذه المرحلة من الإصابة بفايروس الإيدز بهذا الإسم لأن أهم مظاهرها هو الإلتهاب والتضخم للغدد اللمفاوية في الجسم Lymphadenopathy، وهذه حالة تظهر في غياب أية أعراض أخرى ما عدى ارتباطها بوجود أجسام مناعية مضادة في الدم، ويرى البعض أن ظهور هذه الحالة إنما هو علامة مبكرة على الإصابة بفايروس الإيدز، هذا ولا يعرف على وجه الدقة نسبة الذين يتطورون من هذه الحالة إلى مرض الأيدز الفعلي فيما بعد، فمن الباحثين من يعطي نسبة لا تتجاوز خمسة في المئة، بينما آخرون يعطون نسبة أكبر، وبالنظر لحدثة مرض الأيدز وطول مدة الكمون قبل أن يظهر المرض، فإن الوقت ما زال مبكراً لغرض التحقق من الدلالات النهائية لهذه الحالة.

#### ٢ - مرحلة ARC (مركب الأعراض المرتبط بالأيدز) Aids Related Complex:

يظل المصاب باكتساب الفايروس مدة طويلة (من أشهر إلى سنوات)، قبل أن تظهر عليه بعض الأعراض المدللة على اضطراب الصحة، وللغرض أن يعاني من عارض

أو آخر من هذه الأعراض بدون أن يفطن هو أو الطبيب المعالج له باحتمال أن تكون هذه الأعراض مدللة على ابتداء مرض الأيدز، غير أن الفحص المختبري الإيجابي يربط بالضرورة بين هذه الأعراض وبين وجود الفيروس في الجسم، كما يدل على ابتداء مرض الأيدز الفعلي، ولهذا السبب تسمى مجموعة الأعراض الظاهرة في هذه المرحلة: المركب المرتبط بالأيدز (Aids Related Complex (ARC)، وتظهر في هذه المرحلة الأعراض التالية، باستثناء ظهور أي من الإلتهابات أو الأورام الإنتهازية، والتي تظهر في وقت لاحق لظهور هذه الأعراض. وفيما يلي أهم الأعراض الأولية المرتبطة بالأيدز والتي تظهر في هذه المرحلة:

\* التعب، والذي يتمثل بتحديد النشاط، والشعور السريع بالتعب لما يقوم به من جهد.

\* نقص الوزن، والذي يصل إلى حوالي ١٠٪ من الوزن الكلي خلال ثلاثة أشهر.

\* تضخم الغدد اللمفاوية في العنق والأبط، وجانبي الحوض.

\* الحمى، والتي تتواصل لعدة أشهر وبدون سبب معروف، وللحمى أن ترتفع فجأة وإلى درجات عالية.

\* الإسهال المزمن.

\* التعرق، خاصة خلال الليل.

\* أعراض تشبه الرشح الشديد (الفلو (Flu).

\* الطفح الجلدي، والشعورتهيح الجلد.

وبالرغم من وجود عارض أو أكثر من هذه الأعراض في آن واحد أو على التوالي، فإن الفرد قد يكون قادراً على القيام بأعماله كالمعتاد، وقد يشعر بالرغم من جميع هذه الأعراض، خاصة إذا كانت طفيفة الدرجة، بأنه في صحة جيدة.

إن هذه الأعراض قد تستمر وتنتهي بظهور أعراض حالة الأيدز الفعلية، غير أنها قد تبطئ في التطور إلى مرض الأيدز الفعلي، وفي رأي البعض أن بعض هذه الحالات تقف عند هذا الحد من الأعراض ولا تتطور إلى حالة صريحة من مرض الأيدز، هذا ولا تتوافر أية إحصائيات تؤيد هذا الافتراض حتى الآن، وذلك بالنظر لأن عهد مرض الأيدز ما زال قصيراً، ولا بد من مرور سنوات أخرى للتمكن من رصد مسيرة المرض من بداية اكتساب الفيروس وحتى نهاية حياة الفرد الذي اكتسبه.

### ٣ - مرحلة الإصابة بمرض الإيدز الفعلي :

يختلف الباحثون في تقدير المدة الزمنية الفاصلة بين دخول الفيروس للدم، وبين ظهور الأعراض المدللة على الإصابة بمرض الأيدز، وتراوح تقديرات هذه المدة بين ٣ إلى ٨ سنوات، وفي دراسة المانية أفاد الباحثون بأن ٥٠٪ من المصابين بالفيروس يصابون بمرض الأيدز بمرور ٥ سنوات على دخول الفيروس إلى أجسامهم، وبأن ٧٥٪ يصابون بالأيدز بمرور ٧ سنوات على دخول الفيروس إلى أجسامهم، وهناك كما هو معروف من يقع بمرض الأيدز قبل مرور ٥ سنوات على بداية الإصابة بالفيروس أو بعد مرور سبع سنوات على بداية الإصابة بسنة أو عدة سنوات.

إن لمرض الأيدز أن يظهر على عدة صور سريرية، واختلاف هذه الصور لا يعود لخصائص الفيروس نفسه أو نتيجة لتعدد أنواعه وأشكاله، وإنما بالدرجة الأساس طبقاً للحالة المرضية التي تدب في الفرد وتتغلغل فيه نتيجة لفقدانه المناعة اللازمة والتي لها في الأحوال الطبيعية (بدون وجود الفيروس) أن تقاوم وتدفع مثل هذا التمكن من الفرد، ولهذا فإن الأعراض المدللة على قيام مرض الأيدز هي في غالبيتها أعراض الأمراض التي تنتهز نقص المناعة في الفرد المصاب وتسبب الإلتهابات فيه، ولهذا سميت هذه الإلتهابات بمصطلح (الإلتهابات أو الإصابات الإنتهازية Oppurtinistic Diseases)، وهناك العديد من مثل هذه الحالات المرضية والتي لها أن تؤيد قيام مرض الأيدز إذا ما اقترن وجودها بثبوت وجود الأجسام المناعية المضادة للفيروس في دم المريض، وبظهور هذه الإختلاطات المرضية أن يشير إلى أن مرض الأيدز الفعلي قد أصبح قائماً، وبأنه أصبح ينذر بالخطر الوشيك على الحياة.

### أعراض الأيدز الفعلية :

تشمل هذه الأعراض فئتين من الإصابات: الأولى وهي الالتهابات الإنتهازية، والثانية وهي السرطانات الإنتهازية. وتفيد البحوث بأن مرض الأيدز الفعلي يبدأ أولاً بالإصابة بأمراض التهابية إنتهازية وذلك في ٨٧ في المئة من الحالات، وله أن يبدأ بالإصابة بسرطان كابوسي فقط في ١٣ في المئة من الحالات المرضية.

### ١ - الإلتهابات الإنتهازية :

هذه الإلتهابات متعددة الأنواع من حيث أسبابها الجرثومية ومن حيث أعراضها المرضية، وهي تظهر في حوالي ٨٧٪ من المرضى بالإيدز، وأهم هذه الإلتهابات وأكثرها

وقوعاً وأشدّها خطراً هي الحالة المرضية المعروفة (Pneumocystic Carinii Pneumonia) والتي تقع في حوالي ٦٥٪ من المصابين بمرض الأيدز، وهي كما هو واضح من التسمية، تصيب الرئتين، وهناك التهابات انتهازية أخرى منها ما هو فايروسي، أو فطري، أو مايكروبي، والتي تصيب الأحشاء، والدماغ والجهاز العصبي المحيطي.

## ٢ - الأورام السرطانية:

وأهمها الحالة المرضية المعروفة بإسم Kaposi Sarcoma، والتي تظهر في حوالي ٤٠٪ من الإصابات بمرض الأيدز، هذا وللحالتين معاً أن تظهراً في نفس المريض في حوالي ١٠٪ من الإصابات بالأيدز، أما بقية المرضى، فإنهم يصابون بالتهابات انتهازية أخرى أو بسرطانات لمفاوية.

## ٣ - إصابة الدماغ:

من النتائج الناجمة عن فعل فايروس الأيدز المباشر على الجهاز العصبي المركزي هي إصابة الخلايا الدماغية، وهذا يؤدي إلى تلف في الخلايا، وما ينجم عن ذلك من أعراض أهمها: الخرف، والذي يظهر على صورة أعراض فقدان الذاكرة بصورة متزايدة، وبتناقص القدرات الفكرية، وظهور الإرتباك أو الإختلاط الذهني، واضطراب السلوك، والخمول، والإكتئاب، والتهييج، والإنعزال، وتعرثر التوازن، وصعوبة الحركة، والإرتعاش، وغيرها من الأعراض المدللة على إصابة خلايا الدماغ على نطاق واسع، وفي بعض المرضى قد يصل التدهور العصبي والعقلي إلى ظهور النوبات الصرعية والإضطراب العقلي، وللدماغ أيضاً أن يصاب بالتهابات انتهازية تحدث فيه حالة التهاب الدماغ Encephalitis، وذلك نتيجة للإصابة بجرثومة toxoplasma gondii، وهناك حالات مرضية أخرى تصيب السحايا، أو تصيب الأعصاب المحيطية، والحالة الأخيرة تحدث في نسبة كبيرة من المرضى بالأيدز، هذا وتقدر الدراسات نسبة حدوث الخرف بدرجة أو أخرى في المصابين بمرض الأيدز، بحوالي ٦٠٪ مما يجعل إصابة الدماغ وما ينجم عن ذلك من خرف من أكثر الأعراض التي يعانها المرضى بالأيدز.

## ٤ - الدور الأخير لمرض الأيدز:

الدور النهائي لمرض الأيدز قد يأتي فجأة أو بسرعة أو أنه يمر عبر مدة طويلة من التدهور البطيء، وأهم ما في هذا الدور هو النحول الشديد واخترام الجسم إضافة إلى

استفحال أعراض الحالات المرضية الإنتهازية والتي تمكنت من المريض، والدرجة الشديدة من الخرف.

### مصير المريض بالأيدز:

مصير الذي اكتسب الفايروس، هو الإصابة بمرض الأيدز، وذلك خلال مدة زمنية تتراوح بين عامين إلى ثمانية أعوام، وفي حالات قليلة قبل ذلك أو بعده، هذا ولا تعرف حتى الآن استثناءات لهذه القاعدة.

وإذا ما تم تشخيص قيام مرض الأيدز بصورة فعلية طبقاً لمواصفات التشخيص المقررة، فإن المرض يتطور تدريجياً ويؤدي إلى تدهور المريض صحياً، وبالتالي إلى وفاته خلال مدة معددها سنتان بعد التشخيص، غير أن للمرض أن يقضي على المصاب بعد فترة أقل من ذلك، وله في بعض المرضى أن يبقى عليه لمدة ثلاث أو أربع أو خمس سنوات أو حتى أكثر من ذلك، وتفيد إحصائيات المتابعة بأن حوالي ٥٠٪ من المصابين بمرض الأيدز الفعلي يعيشون لمدة خمس سنوات من تاريخ تشخيصهم، ومع أن لدرجة شدة المرض أن تقرر سرعة المصير المحتوم للمريض إلا أن المرحلة التي يتم فيها تشخيص المرض له أن يقرر المدة الزمنية التي سيعيشها المصاب، إضافة إلى فعل عوامل أخرى، ومهما كانت المقررات الزمنية فإن المصير الذي لا بد منه لأي مصاب هو الموت عاجلاً أو آجلاً. هذا وقد تكون هناك بعض الإستثناءات لهذه القاعدة المصيرية، غير أنها ما زالت غير ظاهرة، كما أنه لا يمكن الجزم بأن هذه القاعدة ستظل قائمة، فالفايروس المسبب للمرض قد تحف وطأته، أو أن تكتشف وسائل علاجية تقاوم فعاليته جزئياً أو كلياً، مما له أن يؤخر من مصير المصاب أو يحول دون وفاته من المرض.

### وقوع وانتشار الأيدز (الفايروس والمرض) وتوقعات المستقبل:

الإصابة بفايروس الأيدز أو بمرض الأيدز ما زالت من الإصابات التي يصعب، أو حتى يتعذر حصرها بدقة، وذلك لأسباب عدة من أهمها:

- ١ - توافر احتمالات غير قليلة من عدم الإنتباه إلى إمكانية وقوعها في الفرد في الأحوال الطبيعية وحتى في حالات الإصابة بالمرض الفعلي.
- ٢ - أعراض الكثيرين ممن تحتمل إصابتهم بالفايروس، أو حتى المرض الفعلي، عن التقدم للإستشارة الطبية للتأكد من إصابتهم أو عدمها.
- ٣ - إخفاء الكثيرين لحقيقة إصابتهم بالفايروس أو المرض.

٤ - توافر حالات الإصابة بالفايروس أو المرض في أقطار لا توفر الخدمات اللازمة للكشف عن هذه الإصابات.

٥ - إجماع بعض البلدان عن توثيق الإصابات بصورة رسمية وبصورة موثوقة يصح الإعتماد عليها. وذلك لأسباب عدة منها ما يتعلق بالأوضاع الداخلية لهذه الأقطار. ومنها ما يتعلق بعلاقتها الخارجية من حيث السفر والسياحة وغيرها من الاعتبارات.

ولهذه الأسباب فإن الإحصائيات العالمية المتوافرة حالياً حول مدى وقوع وانتشار الإصابات بالأيدز لا تعكس الواقع الفعلي لهذا الإصابات حتى في أكثر البلدان تقدماً من النواحي العلمية والصحية. ومع أن منظمة الصحة العالمية قد دأبت على تقديم إحصائيات شهرية حول مدى وقوع وانتشار الإصابة بفايروس الأيدز ومرض الأيدز في معظم أقطار العالم، إلا أن هذه الإحصائيات تعتمد على بيانات صحية محلية في كل بلد من هذه البلدان. وهو ما لا يتساوى مع الواقع الفعلي لهذا الإنتشار. . . وفي رأي الكثيرين أن هذه الإحصائيات إنما هي أقل بكثير من الحجم الفعلي للإصابات والتي تزيد كثيراً على ما هو معلن عنها. وفيما يلي نورد بعض الأمثلة الإحصائية والتقديرية لانتشار الأيدز في العالم.

#### دراسة جوناثان مان :

أجرى الدكتور جوناثان مان، وهو أستاذ انتشار الأمراض والصحة العالمية في جامعة هارفرد ومدير مركز الأيدز العالمي، دراسة حول انتشار الأيدز في العالم منذ بداية التعرف على هذا المرض عام ١٩٨٠، وجاء في هذا البحث البيانات التالية:

\* في عام ١٩٨٠ تواجد مئة ألف مصاب بفايروس الأيدز في العالم أجمع.

\* خلال عقد الثمانينات تضاعف هذا العدد مئة مرة.

\* تقدر عدد الإصابات بالفايروس في مطلع التسعينات بحوالي ١٢ مليون إصابة بالفايروس والتي توزع على الشكل التالي في العالم:

\* ما يزيد على ٧ ملايين إصابة في القارة الأفريقية.

\* ما يزيد على مليون إصابة في كل من أمريكا الشمالية، وأمريكا اللاتينية وآسيا، وحوالي نصف مليون إصابة بالفايروس في أوروبا.

\* تفيد دراسة الدكتور مان بالبيانات التالية حول طريقة اكتساب الإصابة بالأيدز:

- \* ٧٥٪ من الإصابات تأتي عن طريق الإتصال الجنسي من نوع أو آخر.
- \* معظم طرق الإتصال الجنسي الناقلة للإصابة هي العلاقات الجنسية الطبيعية بين الذكر والأنثى، وبنسبة ٧ إلى ١ بالمقارنة مع العلاقات الجنسية المثلية (اللواطية).
- \* ١٠٪ من الإصابات ترتبط بتناول العقاقير الإدمانية عن طريق الزرق الوريدي باستعمال أبر وسرنجات ملوثة بالفايروس نتيجة الزرق الجماعي للعقاقير الإدمانية.
- \* ١٠ في المئة من الإصابات تحدث خلال الفترة المحيطة بالولادة (من الأم الحامل للفايروس إلى جنينها الذي يولد).
- \* ٥ في المئة من الإصابات تتأتى عن نقل دم أو منتجات متعلقة بالدم والملوثة مسبقاً بفايروس الأيدز.

\* وأفاد الدكتور مان بأن حوالي ٧ ملايين من المصابين هم من الذكور، وذلك مقابل ٤ ملايين من الإناث، كما لاحظ أن نسبة إصابة الإناث هي في تزايد مستمر.

\* أورد الدكتور مان الإحصائية المستقبلية التي خلصت إليها منظمة الصحة العالمية، والتي أفادت بأن عدد الإصابات بفايروس الأيدز في نهاية هذا القرن ستبلغ ما بين ٣٠ - ٤٠ مليون فرد، بما في ذلك حوالي ١٥ مليون إصابة بمرض الأيدز الفعلي، وفي رأي الدكتور مان أن هذه الإحصائيات التوقعية للمستقبل القريب إنما هي إحصائيات محافظة بشكل مفرط.

### إحصائيات منظمة الصحة العالمية:

أفادت منظمة الصحة العالمية بالبيانات الإحصائية التالية حول مدى انتشار الأصابة بفايروس ومرض الأيدز في العالم أجمع حتى نهاية شهر ديسمبر ١٩٩٢.

أولاً: لاحظت الدراسة الإحصائية بأن الإحصائيات الواردة من معظم الدول النامية ما زالت تمثل نسبة قليلة من حجم الإنتشار المقدر لهذه البلدان، كما لاحظت أيضاً بأن هناك تأخير متزايد في الأخبار عن حجم وقوع الإصابات في البلدان المتقدمة.

ثانياً: أفادت الإحصائية العالمية بأن عدد الإصابات بفايروس الأيدز منذ بداية هذا الوباء وحتى الآن هي كالتالي:

مليون إصابة في أمريكا الشمالية.

مليون إصابة في أمريكا اللاتينية والحوض الكاريبي.

نصف مليون إصابة في أوروبا الغربية .  
أكثر من ستة ملايين إصابة في أفريقيا .  
مليون إصابة في جنوبي وجنوبي شرقي آسيا .

ثالثاً: قدرت الدراسة عدد الإصابات بالفايروس حتى نهاية عام ١٩٩١ :

٥ - ٧ ملايين إصابة بين الذكور .

٣ - ٥ ملايين إصابة بين الإناث .

ومن مجموع هذه الإصابات وقع ما بين ٩ - ١١ مليون منها في الراشدين من الجنسين، والباقي من الأطفال .

رابعاً: تقدر الإصابات بمرض الأيدز الفعلي من بين الإصابات بالفايروس (رابعاً) بحوالي مليون ونصف إصابة، والذين توفي منهم حتى الآن حوالي ٩٠ في المئة، ويضاف إلى هؤلاء أكثر من مليون إصابة أقل شدة من مرض الأيدز .

خامساً: أفادت الدراسة بأن طفلاً واحداً من كل ثلاثة أطفال لנסاء مصابات بفايروس أو مرض الأيدز في أفريقيا يولدون مصابين بفايروس الأيدز، ومعظمهم لا تتوقع نجاتهم من الموت نتيجة مرض الأيدز ببلوغ سن الخامسة من عمرهم .

سادساً: تقدر الدراسة بأن ما لا يقل عن مليون إصابة بفايروس الأيدز قد وقعت بالأطفال منذ بداية ظهور وباء الأيدز وحتى سنة ١٩٩١ . وبأن نصفهم قد أصيبوا بمرض الأيدز فيما بعد وبأنهم توفوا نتيجة لذلك، وبأن مليونين آخرين من الأطفال غير المصابين بالفايروس، والذين هم الآن أو سيصبحون أيتاماً للأيدز قد ولدوا، وتقدر الدراسة بأن ٩٠ في المئة من مجموع الأطفال الوالدين لأمهات مصابات بالفايروس قد وقعت في أفريقيا .

سابعاً: أفادت الدراسة بأن هناك تناقصاً في عدد الإصابات الجديدة بفايروس الأيدز في أمريكا بالمقارنة مع قمة هذه الإصابات في منتصف الثمانينات، غير أن تزايداً في نسبة الإصابات ما زال ظاهراً في كل من أفريقيا، وأمريكا اللاتينية، أما في آسيا (جنوبي آسيا وجنوبي شرقي آسيا (وخاصة في تايلاند والهند) فإن هناك زيادة كبيرة ومتسارعة في الإصابات بفايروس الأيدز .

ثامناً: أفادت الدراسة بالبيانات التالية حول الإصابات بمرض الأيدز الفعلي في قارات العالم منذ بداية الوباء وحتى نهاية ١٩٩١ .



القارة	حالات الإصابة المخبر عنها	حالات الإصابة المقدرة
أفريقيا	١٢٩٠٦٦	٩٧٠٠٠٠
أمريكا الشمالية	٢٠٨٠٨٩	٢٦٠٠٠٠
أمريكا اللاتينية	٤٤٨٨٨	١٤٥٠٠٠
أوروبا	٦٠١٩٥	٨٥٠٠٠
آسيا	١٢٥٤	١٠٠٠٠
استراليا	٣١٨٩	٥٠٠٠
المجموع	٤٤٦٦٨١	١,٤٧٥٠٠٠

### تقديرات أخرى :

قدر باحثون آخرون عدد الإصابات بفايروس الأيدز عام ١٩٨٧ بما يتراوح بين ٥ إلى ١٠ ملايين إصابة، وهم يقدون عدد الإصابات المتوقعة عام ٢٠٠٠ بما بين ٥٠ إلى ١٠٠ مليون إصابة، ويتبع من هذه التقديرات أن عدد إصابات مرض الأيدز الفعلي ببلوغ عام ٢٠٠٠ سوف تصل إلى عدة ملايين من الإصابات، وما يقارب ذلك من الوفيات في كل عام.

### احتمالات الانتشار المستقبلية :

في دراسة حديثة (١٩٩٣) لمدير مركز الأيدز العالمي، أفاد فيها بأن ما من قطر عالمي يستطيع نفي وقوع حالات مرض الأيدز في ربوعه، كما حذر من أن ٦٧ قطراً من أقطار العالم مهددة الآن بانتشار مرض الأيدز بين مواطنيها بصورة وبائية. ومعظم هذه البلدان هي من مجموعة البلدان النامية، في أفريقيا، وأمريكا الجنوبية، وآسيا، وهناك بيانات أخرى تفيد بتزايد الانتشار في البلدان الغربية والشرقية المتقدمة حضارياً.

### علاج الأيدز :

قد لا يكون هناك مجال للجدل في أن مرض الأيدز هو أشد وأقسى الأمراض التي أصابت بني الإنسان منذ وجوده على الأرض وحتى الآن، وهو في نفس الوقت أكثرها امتناعاً على الوقاية والعلاج، فالمرض حديث الوجود في تاريخ الأمراض الإنسانية، وهو مرض وبائي متى تمكن من بلد ما، وما زلنا لا نعرف إلا القليل عن طبيعته ومسيرته، كما أننا عاجزون عن الوقاية منه والحد من انتشاره، وله أن يصيب الجنين في بطن أمه، أو حال ولادته ورضاعته، وله أن يقع في الأحداث والمراهقين وفي

أية مرحلة حياتية بعد ذلك، ومتى أصابت جرثومته (الفايروس) جسم المتعرض لخطر الإصابة، فإن من المتعذر اكتشاف الإصابة إلا بعد عدة شهور، أو حتى بضع سنوات، ومتى اكتشفت الإصابة تعذرت السيطرة على مسيرتها، فمعظم الإصابات بالمرض تنتهي بالموت، وتلك التي لم ينالها الموت، فليس هناك من بينة بأن أحداً ما له أن ينجوا من الموت بالمرض مع مرور الزمن، ويزيد في الأمر تعقيداً أننا لا نعرف حتى الآن وسيلة وقائية تمنع انتقال المرض، أو تعطي المناعة التامة ضده، كما أن العلم لم يهتدي بعد إلى وسيلة علاجية توقف مسيرة المرض أو تشفي المصابين به، وما يصعبُ أمر العلاج هو أن المرض، وعلى غير ما هو حال الأمراض الأخرى، لا ينحصر في مجال واحد في حياة الفرد، وإنما بمجمل حياته، فهو يصيب حياته النفسية والعقلية والعصبية والجسمية، كما يتجاوزها إلى العلائق الإنسانية بين الفرد وعائلته وأصدقائه ومجال عمله، وعلائقه الاجتماعية، وعلاقة الفرد مع نفسه ووضعه في عالمه، ولعل من أهم دواعي المعاناة في حياة المصاب هو تعلق المرض بناحية هامة وأساسية في حياة الفرد وهي الناحية الجنسية والتي تمثل محور الحياة النفسية والاجتماعية لمعظم الناس، وهكذا فإن أي محاولة علاجية يقتضي أن تتناول جميع هذه النواحي والإرتباطات لمرض يعانیه الفرد ويخشاه، ويعافه ويخشاها القائمون على رعاية المريض وعلاجه، وهو واقع لم يتوافر بهذا القدر من شمول نواحيه وارتباطاته ومعاناته والتحيز ضد المصابين به في أي مرض آخر من بداية الخليفة وحتى الآن، وجميع هذه الإعتبارات تجعل من موضوع علاج المصابين به ورعايتهم من أعظم إن لم يكن بالتأكيد من أعظم التحديات الطبية والإنسانية في تاريخ البشر.

إن خطر الإصابة بالأيدز وانتشاره والإصابة به عبر أدوار الإصابة المتتابعة قد أدت بالضرورة إلى وضع عدة استراتيجيات علاجية تتلائم مع كل دور من أدوار التعرض للإصابة وما يلي الإصابة من أدوار، وحتى الإصابة بالمرض الفعلي، ويمتد العلاج لتجاوز المريض ويشمل محيط المصاب، بجميع حدوده الشخصية والعائلية والاجتماعية والحياتية والإنسانية.

### العلاج الدوائي :

ليس هناك من علاج يوقف مسيرة المرض أو يشفي منه بصورة أكيدة، غير أنه تتوافر بعض العقاقير التي تعيق إلى حد ما مسيرة المرض، إلا أن ما من عقار منها له المقدرة على أن يمنع استفحال المرض على المدى الطويل أو أن يمنع المصير النهائي للمريض. وتقسّم العقاقير المستعملة في مرض الأيدز إلى فئتين، فئة العقاقير التي لها أن

تمنع أو تحد من مقدرة الفيروس على التكاثر باستنساخ نفسه، أما الفئة الثانية، فهي العقاقير المستعملة في علاج الإلتهابات الأنتهازية ومحاولة منع معاودة هذه الإلتهابات، ويضاف إلى هاتين الفئتين الرئيسيتين تلك العقاقير التي تستعمل في تدبير الأعراض النفسية والعصبية والعقلية التي يعانها المريض بالأيدز وطبقاً لطبيعة هذه الأعراض.

### العقاقير التي تحد من تكاثر الفيروس :

أكثر هذه العقاقير فائدة هي تلك التي تحد من تكاثر الفيروس في الدم باستنساخ نفسه وذلك عن طريق نهبها للأنزيم الذي يتوسط عملية الإستنساخ المسمى reverse transcriptase، ومعظم العقاقير التي تستعمل لهذا الغرض تؤدي إلى ظهور أعراض جانبية سمية خاصة في الكلى والكبد، ومن أهم هذه العقاقير.

#### ١ - ازيدوثايميدين (AZT) : Azidothymidine

أول عقار استعمل كمضاد للفيروس، وقد تبينت فائدته في عدة أدوار من مرض الأيدز، والمعروف أن هذا العقار يسبب درجة شديدة من فقر الدم، غير أنه نجح إلى حد ما في إطالة مقاومة الفرد لاستفحال المرض ولو إلى حين، وإن كانت لا تعرف نتائجه على المدى الطويل، غير أن لا تأثير لهذا المركب على الإلتهابات والآفات السرطانية الإنتهازية. وتفيد أحدث الدراسات الواسعة (١٩٩٣) في المملكة المتحدة وفرنسا، بأن هذا العقار لا فائدة منه في تأخير مسيرة الإصابة بالمرض أو في تحسين الحالة السريرية للمريض.

#### ٢ - عقاقير أخرى :

وضعت عدة عقاقير أخرى تحت التجارب العلاجية، ومن هذه:

١ - سورامين Suramine.

٢ - ريبا فارين Ribavarine.

٣ - انسامايسين Ansamycine.

٤ - انتروفرون Interferone، وعقاقير أخرى مثل HPA - 23 و AL - 121،

وفوسفونوفورميت Phosonoformate، وما زالت الأبحاث جارية لاختيار فائدة هذه العقاقير وغيرها.

## العقاقير المضادة للإلتهابات الإنتهازية:

يظهر الأعراض المشخصة لدور الأيدز الفعلي، وهي الإلتهابات أو الأورام الإنتهازية، فإن الوضع المناعي للفرد قد أصبح سيئاً وإلى درجة لا تنفع فيها أية محاولة للحد من تكاثر الفايروس، وهكذا فإن الوسيلة العلاجية الوحيدة هي مقاومة الإلتهابات الإنتهازية بالعقاقير المناسبة لكل التهاب، واستعمال العلاج بالأشعة للأفات السرطانية، مثل ساركوما كابوسي، غير أن جميع هذه العلاجات لا تحدث أي تأثير على نقص المناعة القائمة.

## دعم مناعة المصاب:

قامت محاولات عديدة بهدف إسناد مناعة المصاب بفايروس الأيدز في أدوار الإصابة المختلفة، سواء بإعطاء العقاقير التي تستهدف التسريع في إنتاج الأجسام المناعية، أو عن طريق نقل وسائط المناعة إلى الجسم من مصدر أو آخر، ومن العقاقير التي استعملت حتى الآن بهدف تسريع إنتاج الأجسام المناعية المضادة لفايروس الأيدز هي: نالتريكسون Naltrexone، وايزوبرينوزين (Isoprinosine) والفا-انترفرون Alpha interferone، ومختلف المنشطات الثايموسية، Thymic Stimulating factors وغيرها، وجميع هذه المركبات لم تؤدي إلى نتائج مشجعة، أما نقل الوسائط الصناعية إلى جسم المصاب، فإن من هذه الوسائط نقل وزرع نخاع العظام إلى عظام المصاب، أو بنقل دم نظيف يحتوي على الخلايا اللمفاوية (Lymphocytes) إلى المريض، وتفيد الأبحاث أن فائدة هذه الوسائط محدودة، وبأنها قليلة أو عديمة النفع على المدى الطويل.

## القضاء على الفايروس كلياً:

ما زال من المستحيل حتى الآن إيقاف مسيرة فايروس الأيدز وتكاثره بالإستنساخ، ومن الناحية النظرية فإن من الممكن القضاء كلياً على الفايروس ربما بعقاقير بالغة السمية للفايروس أو بوسائل شعاعية نافذة، غير أن مثل هذه الإمكانيات النظرية تصطدم بواقع أن الفايروس قد أصبح مندجماً في القيد التورثي للخلايا الدموية (T<sub>4</sub>)، وهذا يعني أن أي إبادة للفايروس تؤدي بالضرورة إلى إتلاف الخلايا الدموية، إضافة إلى أن مثل هذا الإجراء سيكون بالغ التأثير الضار للخلايا في أعضاء مختلفة من الجسم خاصة الجهاز العصبي، وهو ما لا يمكن التضحية به، وهكذا فإنه يبدو وكأن فايروس الأيدز قد أمسك بزمام المبادرة منذ لحظة اندماجه بالخلايا الدموية، وبأن لا انفكاك له من مثل هذه السيطرة بأي وسيلة معروفة وسليمة حتى الآن.

## المطاعيم :

جرت وما زالت تجري محاولات حثيثة وواسعة لاكتشاف مطاعيم لها أن تقي من تمكن فيروس الأيدز من الإستقرار والتكاثر في جسم الفرد الذي اكتسب الفيروس بطريقة ما، هذا ولم ينجح العلماء حتى الآن بصدد اكتشاف مثل هذا التطعيم الواقى من الإصابة بالفايروس على مسيرة الإصابة بمرض الأيدز، هذا وستكون هناك صعوبات تعترض التوصل إلى مثل هذا المصل الواقى، ذلك أن هناك أكثر من نوع فايروسي يسبب الأيدز، كما أن هناك تنوعات عديدة أخرى للفايروس مما يجعل من الصعب الإحاطة بها جميعها في مصل وقائي واحد، ومما يزيد أيضاً من صعوبة التوصل إلى مثل هذا المصل هو أن الحيوانات التجريبية (الشمبانزي) التي يمكن اختيار المصل الوقائي من الأيدز عليها هي قليلة العدد، مما له أن يحدد من إمكانية اختيار الأمصال والتوصل إلى نتائج عملية حولها. وهناك صعوبة أخرى وهي أن لفايروس الأيدز أن يبدل خصائصه أكثر من مرة أثناء تواجده في جسم المصاب مما له أن يجعل من المتعذر إيجاد المطاعيم الكافية لجميع هذه التنوعات للفايروس.

## العلاج النفسي :

هناك الكثيرون من الناس ممن يعيشون في مجتمعات تتواجد فيها الإصابات بمرض الأيدز ممن يفزعون من المرض، وآخرون ممن يخشون من خطر الإصابة، وخاصة أولئك الذين هم أكثر تعرضاً لخطر الإصابة بسبب تماسهم الجنسي والإنساني مع المصابين بالمرض، ولجميع هؤلاء أن يعانون من اضطراب ما في حياتهم النفسية نتيجة لخوفهم وخشيتهم من أن يكونوا قد أصيبوا بفايروس الأيدز بوسيلة أو أخرى، وأهم الأعراض التي يشكوها منها هؤلاء هي أعراض القلق، والأفكار الوسواسية التسلطية التي تنتابهم بصورة متكررة، والتي تدور حول احتمال إصابتهم بالمرض، والكثيرون منهم يعانون من أعراض مرضية جسمية الشكل، ومع أن بعض هؤلاء ينالهم انحسار الأعراض إذا ما تبين بأن دمهم بالفحص المختبري يظهر خلوهم من الأجسام المناعية، إلا أن آخرين لا تريحهم هذه النتيجة لاعتقادهم بأن فترة الرقاد للفايروس قد تستمر لمدة طويلة قد تمتد إلى سنوات، وهو تفسير له أن يمد طويلاً من معاناتهم، وفي جميع هذه الحالات فإن علاج الفرد بالطرق النفسية الأسنادية والتبصيرية له أن يفيد في السيطرة على ما يعاينه هؤلاء من قلق وفزع ووسواس، ومتى تأكدت إصابة الفرد بفايروس الأيدز بالفحص السيرولوجي، فإن وقع ذلك عليه هو وقع صارم الشدة، وللمريض أن يصبح في حالة

ياس ولا أمل، خاصة إذا ما أدرك النتائج المترتبة على إصابته والتي تتضمن بالضرورة عزلة التامة تقريباً عن جميع المجالات الزوجية، والعائلية، والاجتماعية، والمهنية، وهي عزلة تزداد شدة وحسراً مع الزمن، ولا تنتهي إلا بالموت، ومثل هذه المشاعر لها أن تؤدي إلى ظهور حالة الإكتئاب، وإلى احتمال إقدام الفرد على الإنتحار. وللعلاج النفسي في هذه المرحلة أن يوفر الهدوء والإطمئنان للمريض بطرق العلاج النفسية الفردية أو الجماعية، كما أنه يترتب على المعالج النفسي ربط أفراد العائلة المعنيين بالعملية العلاجية النفسية بهدف تأهيل المريض ورعايته ضمن حدوده العائلية، وهو هدف له أن يوفر للمريض الشعور بأنه ما زال يحظى بالتعاطف والرعاية من عائلته، ويتواصل الإصابة إلى الأدوار المرضية الفعلية لمرض الأيدز، فإن الأعراض الطبية والعصبية والعقلية تأخذ بالتزايد، ونتيجة لذلك فإن الفرد يصبح أقل استجابة لفعل الوسائل العلاجية النفسية، كما أن للأعراض العقلية، وخاصة الخرف، أن تجعل المريض خارج نطاق العمليات النفسية العلاجية، ومع ذلك فإن للعلاج النفسي بعض الفائدة حتى في أشد هذه الحالات، وعلى المعالج أن يسعى لتوفير كل ما يمكن توفيره للمريض في هذا الدور المتأخر من المرض وذلك عن طريق إحاطته بالرعاية الإنسانية اللازمة وفي جو إنساني.

#### العقاقير المستعملة في المجال النفسي والعقلي والعصبي:

تظهر الأعراض النفسية في نسبة كبيرة من المرضى خلال فترة تعرفهم على أنهم قد أصيبوا بفايروس الأيدز، وتترايد هذه الأعراض في الأدوار السريرية اللاحقة، وخاصة في دور ظهور مركب الأعراض المرتبطة بالأيدز، ودور الإصابة بمرض الأيدز الفعلي، وظهور الحالات المرضية الإنتهازية، وخلال هذه الأدواء السريرية تظهر أعراض إصابة الجهاز العصبي المركزي من عصبية وعقلية، كالقلق، والإكتئاب، والخرف، والحالات الذهانية الأخرى مع ما يرتبط بها من اضطرابات سلوكية كالهياج، والهوس، ومحاولات الإنتحار، وتختار العقاقير المفضلة لعلاج كل عارض من هذه الأعراض، مع التوصية بأن لا تكون الجرعة مرتفعة سواء من الأدوية المهدئة أو المعلقة، كما تختار العقاقير المضادة للكآبة التي ليس لها أعراض مضادة كولونية أو حتى قليلة التسبب لهذه الأعراض، خاصة إذا توافرت بينات عن إصابة الدماغ بأعراض عضوية.

#### مصير الإصابة بفايروس الأيدز ومرض الأيدز:

بالرغم من الإنتشار الواسع للإصابة بفايروس الأيدز ومرض الأيدز، فإنه ما زال من المتعذر إعطاء تشوف واضح ودقيق لمصير الإصابة في الحالتين، وترد هذه الصعوبة

إلى حداثة عهد معرفتنا بوجود الإصابة بالمرض والتي لم تتجاوز بعد اثني عشرة عاماً من الزمن، ولا بد من مرور سنوات أخرى قبل أن تتوافر لدينا البيانات الكافية والدقيقة والتي لا بد منها لرسم مسيرة مرض الأيدز من بداية الإصابة بالفايروس وحتى الإصابة بالمرض بأدواره المختلفة، وفي متابعة البحوث المختلفة حتى الآن، فقد أفادت هذه البحوث بما يلي حول مسيرة ومصير الإصابة بالفايروس وبالمرض في أدواره المختلفة .

أولاً: هناك ما لا يقل عن ٣٥٪ من الذين تبين إصابتهم بفايروس الأيدز بالفحص السيرولوجي المخصص للدم، والذين يصابون بالتالي بمرض الأيدز (ارتفع هذا التقدير حديثاً إلى ٩٠٪).

ثانياً: لما كان لفترة الكمون (الحضانة) للفايروس أن تمتد لبضعة شهور وحتى عدة سنوات قبل أن تظهر أية بينات إيجابية في فحوص الدم السيرولوجية، أو أية أعراض مدللة على الإصابة بالفايروس أو المرض، فإنه من المتعذر حتى الآن إعطاء تشوف يقين عن نسبة حالات الإصابة بالفايروس والتي تنتهي بالإصابة بالمرض الفعلي، ولا بد لذلك من رصد هذه الحالات لمدد أطول لمعرفة نسبة احتمالات المرض الفعلي في الذين يصابون بالفايروس .

ثالثاً: تفيد متابعة أولئك الذين يحملون الإصابة بفايروس الأيدز والذين تظهر فيهم فيما بعد أعراض الحالة المعروفة (مركب الأعراض المرتبطة بالأيدز (Aids - related complex (ARC)) وهي: نقص الوزن، الحمى، التعرق الليلي، التهاب الغدد اللمفاوية العام، والتعب المزمن، والإكتئاب، بأن ما بين ٢٥ إلى ٥٠٪ منهم يقعون في مرض الأيدز الفعلي خلال ثلاث سنوات من بدء ظهور هذه الأعراض، أما البقية فإنهم أما يظلون معانين من هذه الأعراض بدون الاستمرار نحو ظهور المرض الفعلي للأيدز، أو أن أعراضهم تنحسر كلياً، أو تعود مجدداً، غير أنه ليس هناك ما يثبت بصوة قاطعة بأن هؤلاء لن يصابوا في نهاية المطاف بمرض الأيدز الفعلي .

رابعاً: أفادت البيانات الإحصائية الطبية بأن الغالبية العظمى من الذين أصيبوا بالمرض الفعلي للأيدز قد قضوا نحبتهم بسبب المرض وذلك خلال مدة قدر معدلها بتسعة أشهر منذ ظهور أول بوادر الإصابة بالمرض، غير أن لهذا المصير أن يأتي في مدة أقصر من ذلك خاصة في الأطفال الصغار وفي الذين قلت مناعتهم العامة، وفي الذين تعددت الأمراض الإنتهازية التي حلت بهم بسبب نقص مناعتهم، وقد يتأخر هذا المصير إلى سنة أو سنتين، أو حتى إلى أبعد من ذلك، وهو أمر يتقرر بفعل عوامل عدة

منها: الحالة الصحية العامة للمصاب، ودرجة مناعته، ونوعية الحالات المرضية الإنتهازية التي يتعرض لها، والمحاولات العلاجية للتخفيف من وطأة المرض ومن استفحاله، ويمكن القول بصورة عامة بأن الإصابة بمرض الأيدز الفعلي تنذر بموت صاحبها بسبب المرض بصورة حتمية، وإن تفاوت زمن الوفاة بين فرد وآخر، وهذا الواقع يجعل من مرض الأيدز المرض الأعظم خطراً على حياة المصابين به من بين جميع الأمراض.

## التشخيص:

تشخيص الأيدز يعتمد على الأدوار التي يمر بها المريض منذ انتقال الفيروس إليه، وحتى إصابته بالمرض الفعلي في نهاية المطاف، وفيما يلي أهم الحيشات التي يعتمد عليها التشخيص.

١ - تحدث إصابة الفرد بفيروس الأيدز إذا كان من فئة المتعرضين لخطر الإصابة في مجتمع تتوافر فيه الإصابات بمرض الأيدز، وخاصة إذا كان من ممارسي الجنسية المثلية، أو الجنسية الثنائية، أو من متناولي العقاقير بالزرق الدموي بالمشاركة مع غيره، وقد أفادت البينات المخبرية بأن ما بين ٣٠ إلى ٦٠٪ من ممارسي الجنسية المثلية والذين يتمتعون ظاهرياً بصحة جيدة فإنهم يحملون الفيروس، كما تدلل على ذلك فحوص الأجسام المناعية المضادة.

٢ - لا يمكن التأكد من تشخيص المرض أثناء فترة الكمون للفيروس في الخلايا الدموية، كما لا يمكن تشخيص الإصابة استناداً إلى الأعراض التي تحدث أثناء فترة الرقاد، والتي تهمل عادة أو تشخص على أنها وعكة صحية أو انفلونزا عابرة، غير أن حدوث هذه الأعراض في فرد من فئة المتعرضين لخطر الإصابة له أن يكون مؤشراً قوياً لاحتمال الإصابة بالفيروس.

٣ - بالإمكان العثور على فيروس الأيدز في الدم خلال اليوم الأول بعد الإصابة بالفيروس وذلك عن طريق زرع الدم، غير أن ذلك قليل الجدوى التشخيصية لأن مثل هذا الفحص نادراً ما يجري خلال اليوم الأول من دخول الفيروس للدم.

٤ - الفحص السيرولوجي لبيان وجود أو عدم وجود الفيروس لا يعطي البينات المفيدة إلا بعد مرور ٦ إلى ١٢ أسبوع على الإصابة بالفيروس، أو ما معدله ستة



أشهر، وللفحص أن لا يكون إيجابياً إلا بعد مرور سنة أو حتى سنوات على الإصابة  
بفيروس، هذا ويقتضي الأخذ بعين الاعتبار أن للفحص السيرولوجي أن يعطي نتائج  
خاطئة (سلبية أو إيجابية) في حوالي ١٪ من الحالات.

٥ - الفحص السيرولوجي للمصاب بفيروس الأيدز يعطي بينات عن وجود  
الأجسام المناعية المضادة بنسبة ما بين ٩٥ - ١٠٠ في دور التدرن اللمفاوي  
. Lymphadenopathy

٦ - تشخص الإصابة بالأيدز في الفترة المعروفة بمركب الأعراض المرتبط بالأيدز  
Aids Related complex (ARC)، استناداً إلى الفحص السيرولوجي الإيجابي وإلى مركب  
الأعراض المرتبطة: (نقص الوزن، الحمى، التعرق الليلي، والتهاب الغدد اللمفاوية  
العام، والتعب الشديد، والإكتئاب).

٧ - تشخص الإصابة بمرض الأيدز الفعلي استناداً إلى الفحص السيرولوجي  
(وهو إيجابي في ما بين ٨٠ إلى ١٠٠٪ من الحالات)، ومن البينات على وجود  
الالتهابات والأورام الإنتهازية في المريض.

٨ - هناك فائدة تشخيصية للإصابة بفيروس الأيدز ومرض الأيدز بأدواره  
المختلفة عن طريق إجراء تعداد متكرر للخلايا المناعية في الدم (T<sub>4</sub>)، ذلك أن الإصابة  
بفيروس الأيدز (في دوره النشط) أو لمرضى الأيدز، فإنه يؤدي إلى هبوط في عدد هذه  
الخلايا، فالتعداد الطبيعي لهذه الخلايا يبلغ حوالي ٥٠٠ خلية في كل سنتيم مكعب من  
الدم. فإذا هبط دون ذلك فهو يدعو للتشكك في وجود نقص في المناعة (ما بين ٥٠٠  
إلى ٢٠٠ خلية في كل س. س)، وأما إذا هبط التعداد إلى ما دون ٢٥٠ خلية في كل  
س. س. فإن لذلك أن يؤكد وجود نقص شديد في المناعة، وأن يؤشر إلى أن الفرد قد  
أوشك على الإصابة بمرض الأيدز الفعلي.

### الأعراض النفسية والعقلية:

تظهر الأعراض النفسية والعقلية في مراحل مختلفة من التاريخ الزمني للإصابة  
بفيروس الأيدز ومرض الأيدز بصورة السريرية المتعاقبة والمنتبهة بالإصابة بالمرض  
الفعلي للأيدز، ويقتضي إضافة الأعراض التي يمكن أن تظهر على عدد غير قليل من  
الأفراد ممن تعرضوا أو ظنوا بأنهم قد تعرضوا لانتقال فيروس الأيدز إليهم بصورة أو  
أخرى حتى بدون ثبوت إصابتهم بفيروس الأيدز، وهكذا يمكن تصنيف الأعراض

النفسية والعقلية إلى الفئات التالية وذلك طبقاً للإرتباط الزمني للإصابة بفايروس الأيدز.

### أعراض التعرض للإصابة:

يعاني الكثيرون وخاصة في البلدان التي انتشرت فيها الإصابة بالأيدز من أعراض الخشية والقلق من احتمال انتقال العدوى إليهم، ولعارض القلق أن يصبح مسيطراً على تفكيرهم وأن يتطور إلى حالة من الفزع من مرض الأيدز (فوبيا الأيدز (Aidophobia)، وللفزع هذا أن يصل إلى حد القناعة الواهمة بأنهم قد أصيبوا فعلاً بفايروس الأيدز، ولعل أكثر الناس تعرضاً لظهور مثل هذه الأعراض هم أولئك الذين تعرضوا لأي ذرجة من درجات التماس أو المعاشية أو العلائق الجنسية وشبه الجنسية مع أفراد تبينت إصابتهم بفايروس الأيدز، ويشمل التعرض أيضاً أولئك الذين يقومون برعاية المرضى طبياً وتمريضياً والتعامل معهم مباشرة في شتى مجالات الحياة، ومع أن بعض المتعرضين للإصابة يسعون إلى إجراء الفحوص المختبرية للتأكد من عدم إصابتهم بالفايروس ويعاودون إجراء هذه الفحوص عدة مرات، إلا أن الكثيرين من المتعرضين يتجنبون إجراء هذه الفحوص خشية أن تتأكد إصابتهم، ويأتي هذا التجنب على حساب استمرار القلق والتشكك من احتمال إصابتهم، ولاستمرار ذلك أن يؤدي عندهم إلى حالة من الإكتئاب والإنطواء، وحتى أولئك الذين يقومون على إجراء الفحص المختبري فإنهم ينتظرون نتائجه بحالة شديدة من التوتر والخشية والقلق وكأنهم يعانون من نار الرغبة في التيقن من خلوهم من الإصابة، ومن نار الخشية من أن يكونوا مصابين، وبما له أن يطيل المعاناة هو أن الفحوص المختبرية لا تنفي بصورة قاطعة خلو الفرد من فايروس الأيدز مما يجعل الفرد في حالة قلق وانفعال شديدين، وله خلال مدة الإنتظار أن يعاني من نوبات من الإكتئاب والغضب والهياج ومن السيطرة الفكرية بإصابته بالفايروس والتي تراوده وتتحكم في تفكيره وسلوكه بين الحين والآخر.

### أعراض التيقن من الإصابة بالفايروس أو المرض:

ردود فعل الفرد لمعرفته بأنه قد أصيب فعلاً بالفايروس أو بالمرض الفعلي، هي ردود متفاوتة بين فرد وآخر، وتتقرر ردود الفعل بعدة عوامل منها: عمر الفرد، وشخصيته، وصحته العامة، وحياته العائلية، وارتباطاته الإجتماعية، وعلاقاته الجنسية، وعلى مدى معرفته بالأخطار المحتملة من إصابته على نفسه وعلى الغير، وهناك عدة ردود فعل متوقعة ومن هذه:

١ - الإنكار النفسي للأصابة، وهي عملية تلقائية غير واعية تتمثل بعدم تصديق الفرد للواقع، وهو بذلك يظهر موقفاً من عدم المبالاة والذي يخدم هدف وقايته من الإنهيار أو المعاناة.

٢ - لبعض المصابين أن يهملوا إصابتهم على اعتبار أنهم يتمتعون بحالة صحية جيدة وبأن ما أصاب غيرهم من نتائج لن يصيبهم، وهو ما يحدث عادة في الذين هم في سن المراهقة وباكورة الشباب، وخاصة إذا ما كانوا من ممارسي تعاطي المخدرات، أو من المنحرفين جنسياً في اتجاه الجنسية المثلية.

٣ - الإنهيار العام، والذي يتخذ عدة صور منها ردود الفعل الهستيرية، وحالات القلق الحاد، والإكتئاب، والمحاولات الإنتحارية، وتتجاوز الفرد ردود الفعل الآتية والحادة، فإن لمعاناته أن تتواصل بدرجة أو أخرى من الشدة، كما أن له أن يعاني من معاودة ردود الفعل الحادة بين حين وآخر، ومع أن بعض المرضى يظهر شجاعة عظيمة في وجه الخطر المائل أمامهم، وآخرون يجدون في إصابتهم ما يمثل العقاب الذي يكفر عن ذنوبهم في المجال الجنسي أو في غيره من المجالات، إلا أن الغالبية العظمى من المصابين يظلون يرزخون تحت وطأة المعاناة، وما يزيد في ذلك هو ما يواجهونه من التحيز والنبذ العائلي والإجتماعي، وحتى الطبي، في الكثير من الأحيان، ولعل ما له أن يهون الأمر على المصاب بالأيدز في الأدوار النهائية لمرضه هو ما يحدثه المرض من تأثير بالغ على حياتهم النفسية والعقلية، وخاصة حالة الخرف والتي تصيب الغالبية العظمى من المرضى والتي لها أن تسببهم واقع إصابتهم بالمرض وأن تقلل من أكرائهم وبالتالي من قلقهم حول مصيرهم.

### العطل الفكري:

يحدث العطل الفكري بصورة متصاعدة الشدة ونسبة الوقوع عبر الأدوار المتصاعدة للإصابة بالأيدز وهي: الإصابة بالفايروس (قبل ظهوره بالفحص المختبري، وبعد ظهوره في الفحص المختبري) ودور ظهور مركب الأعراض المرتبطة الأيدز (ARC)، وظهور المرض الفعلي للأيدز، وتفيد الدراسات بأن ما بين ١٠ إلى ٢٥٪ من الذين أصيبوا بفايروس الأيدز يظهرون عطلاً فكرياً ما والذي أمكن قياسه بالفحوص العصبية النفسية بالرغم من أنهم يتمتعون بالظاهر بصحة عامة جيدة، وتزايد هذه النسبة تدريجياً لتبلغ نسبة المصابين بعطل فكري إلى ٨٠٪ من المصابين بمرض الأيدز الفعلي، وبأكثر من ذلك في المراحل النهائية للمرض.

## خرف الأيدز (مركب الخرف لمرض الأيدز Aids dementia Complex): (ADC)

هذه حالة (متلازمة) متميزة ضمن الإصابة بالأيدز، وهي ناجمة عن الإصابة الزمنة بالتهاب الدماغ بفايروس الأيدز وغيره من الالتهابات الإنتهازية، وتتصف حالة الخرف هذه بأعراض فكرية وسلوكية وحركية، ولأعراض الخرف أن تتفاوت شدة بين الخفيفة والمعتدلة والشديدة الدرجة، كما أنها تتباين في سرعة ظهورها بين التدريجي البطيء والسريع، وفي هذه الحالة الأخيرة السريعة فإن الأعراض تتماثل مع أعراض الإضطراب العقلي العضوي الحاد، وتفيد الدراسات بأن حوالي ٥٠٪ من المصابين بخرف الأيدز يصبحون خرفين خلال شهرين من اكتشاف المرض فيهم، وبأن ما بين ٧٠ إلى ٩٥٪ من مرضى الأيدز في أدوار المرض الأخيرة يعانون من خرف شديد الدرجة، كما تفيد الدراسات بأن فترة بقاء المصاب بخرف شديد على قيد الحياة هي خمسون شهراً فقط منذ بدء الخرف، غير أنها قد تبلغ ما معدله شهران فقط من ظهور حالة الخرف الشديد.

إن أول الأعراض التي تظهر في المصاب بخرف الإصابة بالأيدز هي عسر المزاج، والخمول، والإنعزال الإجتماعي، وهي أعراض توحى بأن الفرد يعاني من الكآبة، ويتواصل المرض تظهر الأعراض الفكرية ومن أهمها: النسيان، وفقدان التركيز، وارتباك، وبطء التفكير، وفي مجال السلوك فإن المريض يظهر بطئاً في الحركة، وضعفاً في الأطراف (قلة الثبات على الأرجل وتعثر الكتابة)، ولأعراض أخرى كالصداع والنوبات الصرعية أن تظهر، ويتواصل مرض الأيدز إلى أدواره النهائية فإن المريض يعاني من: درجة معتدلة من الخرف (٢٤٪)، أو من درجة شديدة من الخرف (٧٦) ومن التخلف النفسي الحركي (٨٤) ومن الترنح (٧١)، ومن فرط المقوية العضلية Hypertonia (٤٩)، ومن الضعف الحركي في الأطراف (في حوالي ٢٥)، وفقدان السيطرة على الإفرازات (٤٧)، والإرتعاش (٤٤)، والمايوكلونص (٢٠)، والنوبات الصرعية (٢٠)، والذهان العضوي (١٦)، وهذا ويتم تشخيص هذه الحالة استناداً لظهور أعراضها المميزة في فرد عرف بأنه يحمل فايروس الأيدز أو يعاني من دور ما من أدوار الإصابة بالمرض الفعلي، كما يتأكد عن طريق الفحوص الشعاعية الطبقيّة (C. T. scan) وبصورة أكثر دقة بفحص (MRI)، وعن طريق تخطيط الدماغ، كما أن لفحص السائل الدماغي الظهرى (CSF) أن يعطي بعض البيانات المفيدة (ارتفاع مستوى البروتين، وزيادة في عدد الخلايا الدموية واحدة النواة Mononuclear Cells).

## الأيدز والإنفعالات النفسية:

يرتبط مرض الأيدز بقدر من الاضطرابات والإنفعالات النفسية يفوق كثيراً ارتباطه بأعراض مرضية أخرى، ويمكن القول بأن ما من حالة مرضية أخرى لها من التأثير النفسي على صاحبها ما للإصابة بالأيدز من التأثير النفسي، ويضاف إلى ذلك أن للإنفعال النفسي أن يسبق بمدة طويلة الإصابة بفيروس الأيدز أو التعرض له، وهو ما لا يحدث إلا في بعض الأمراض، وإن حدث فإنه لا يحدث بمثل الشدة والوضوح التي تسبق فيها الأعراض النفسية حالة الإصابة الفعلية بالفيروس والمرض الفعلي.

يمكن تقصي الإنفعالات النفسية الحادثة في هذا المرض أو المرتبطة به إلى عدة أسباب:-

أولاً: إلى توقع التعرض لفيروس الأيدز بطريقة ما والإصابة به، ومثل هذا التوقع آخذ في التزايد بسرعة عظيمة خاصة في البلدان التي انتشر فيها مرض الأيدز أو هو آخذ في الانتشار.

ثانياً: توقع الفرد بأنه أصيب بفيروس الأيدز فعلاً وذلك بسبب تعرضه إلى مصدر عدوى من شأنه أن ينقل الفيروس إليه.

ثالثاً: يتيقن الفرد بالإصابة بفيروس الأيدز بدلالات الفحص السيرولوجي للدم.

رابعاً: معاناة الحالات المرضية الفعلية المرتبطة بمرض الأيدز.

خامساً: فعل العوامل الاجتماعية والتي تخلخلت نتيجة للإصابة بالمرض.

سادساً: لفيروس المرض في حد ذاته بعض التأثير على الحياة النفسية للفرد. والناجم عن تأثير الفيروس على الدماغ مباشرة.

سابعاً: لبعض الإلتهابات (الإنتهازية) والتي ترتبط بمرض الأيدز أن تؤثر على الدماغ، وعن طريقة في الحياة النفسية للفرد.

ومع تعدد هذه الأسباب، فإن أكثرها وأشدّها تسبباً للإضطرابات النفسية هو تيقن الفرد بإصابته بالفيروس أو المرض، وتأثير هذه الصدمة على حياته النفسية بالكامل، وما ينسحب عن هذا التيقن من تأثير صارم الشدة على حياة الفرد بصورة عامة، والذي يشمل بالضرورة علاقاته الفردية والعائلية والاجتماعية ووضعه الإقتصادي

وتقديره لذاته وموقفه من الخطر المحتوم الذي يهدد حياته .

ومع أن الأسباب الفعالة في تكوين الإضطرابات النفسية تبدو متماثلة في جميع حالات الإصابة بفايروس الأيدز أو بالمرض الفعلي، إلا أن تأثير هذه الأسباب على المصابين يعتمد على عدة مقررات والتي لها أن تحدد نوعية الإضطراب النفسي وشدته وتأثيره على الفرد، ومن أهم هذه المقررات شخصية الفرد وعمره وجنسه وثقافته ووضع العائلي والعلاقات التي تربطه مع الغير، ومعنى هذه العلاقات بالنسبة له، وغيرها من العوامل الشخصية والإجتماعية والإقتصادية والتي تتفاوت في طبيعتها وأهميتها بين فرد وآخر.

وفيما يلي أهم الإنفعالات النفسية التي يكثر ظهورها في حالات الإصابة بفايروس الأيدز، أو المرض بسببه، أو التعرض لمثل هذه الإصابة:

## ١ - حالات الخوف والفرع من احتمال الإصابة (فرع الأيدز):

حالات الفرع من بعض الأمراض خاصة الخطيرة أو المعدية، هي حالات كثيرة الوقوع بين الناس، وقد انضم مرض الأيدز إلى هذه المجموعة المفزعة من الأمراض، وصعد إلى المرتبة الأعلى بينها جميعاً وفي خلال وقت قياسي قصير، كما أن الفرع من هذا المرض قد وصل إلى حدود الهلع العام في بعض البلدان التي انتشر فيها الأيدز، ومعظم حالات الفرع من الأيدز تحدث قبل الإصابة بالفايروس، وخاصة في أولئك الذين حدث لهم تماس مع أحد المصابين بفايروس الأيدز أو المريض به.

## ٢ - الأفكار التسلطية والقسرية:

هذه الحالة تظهر في عدة أدوار من الإصابة: إذا كان الدم إيجابياً الفحص للفايروس، وفي دور الأعراض المركبة المرتبطة بالأيدز Aids Related complex، وفي دور المرض الفعلي، وتظهر أعراض هذه الحالة على صور إنشغال بحالة الجسم من حيث الوزن ومن حيث ظهور الطفح الجلدي وتضخم الغدد اللمفاوية والتي يعاود الفرد تفحصها عدة ساعات في كل يوم، ولهذا الأفكار أن تدور حول المكان والأشخاص الذين ربما كانوا مصدر تعرضه للإصابة، ومعاودة التأمل بما ارتكبه من خطأ في تعريض نفسه، ومن ثم إلى تعريض غيره للإصابة بالفايروس.

### ٣ - الإكتئاب :

يعاني الكثيرون من المصابين من أعراض الإكتئاب، والشعور السائد عندهم هو شعور الحزن واليأس وفقدان الأمل واللا حول، ويقترن هذا الشعور عادة بشعور الإثم والذنب ليس فقط لما أوقعه الفرد على نفسه من متاعب وأخطار، وإنما لما يمكن أنه أوقعه على غيره من مثل ذلك وخاصة في حياته الزوجية، أو مع شركائه الجنسيين ممن تربطه بهم عاطفة حميمة.

### ٤ - الأفكار الإنتحارية :

وهي أيضاً كثيرة الوجود في مسيرة المرض، وهناك من يضع هذه الأفكار موضع التنفيذ خاصة عند تقدم المرض فيهم.

### ٥ - مشاعر فقدان التقدير للنفس وامتھانها :

وهي مشاعر تدعو إلى انفراد الفرد وعزلته تجنباً لما يمكن أن يثير هذه المشاعر عند التعرض لردود الفعل المعرضة عنه من قبل المجتمع بمن فيهم أفراد عائلته وزملائه وأصدقائه.

### ٦ - الإضطرابات المزاجية :

يتراوح مزاج الفرد بين حالات من الغضب وأخرى من السكون، كما تكثر الإنفعالات الهستيرية والتي تمثل مزيجاً من اليأس ومن الشعور باللا حول والحاجة إلى العون.

### ٧ - حالات القلق :

ومصدرها الخوف من الإصابة وما تنذر به من اضمحلال الجسم، وخسارة العمل، وانقطاع الصلات المألوفة - والسير الأكيد نحو الموت في وحدة مطبقة.

إن هذه الحالات النفسية والتي تظهر بقدر أو آخر في معظم المصابين بالأيدز تسبب الكثير من المعاناة لأصحابها، وهو ما يمنعهم من رؤية الواقع كما هو، كما أن له أن يبعدهم عن تلمس الحلول المناسبة لما يعترضهم من مصاعب طبية ومشاكل اجتماعية واضطراب في مجالات العمل ومتاعب مالية، والكثيرون منهم يتجهون نحو إهمال في كل هذه الأمور ويعرضون عن الإهتمام بوضعهم الصحي والسعي نحو العلاج، ويبدو

بعضهم وكأنه يساهم بإرادته بالتعجيل في نهايته، وينظر إلى الموت وكأنه انتصار لا على المرض فحسب وإنما على الحياة أيضاً.

## ٨ - فقدان أو قلة التحمل لضغوطات الحياة:

نتيجة للصدمة من أن الفرد يحمل الفيروس أو أنه يعاني من المرض الفعلي، وما ينجم عن ذلك من استنزاف قوى الفرد ودفاعاته النفسية، فإنه يصل إلى الحد الذي لا يتمكن معه من السيطرة على انفعالاته، أو أن يقبض بقوة على ناصية سلوكه وعاطفته وتفكيره، وهو ما يجعله معرضاً بسرعة للإحباطات وردود الفعل العشوائية والتي لا سيطرة له عليها، وهو لذلك يبدي من الأعراض ما يدل على هبوط معنوياته ومقوماته العقلية الطبيعية.

### مشاكل الأيدز الإجتماعية:

مرض الأيدز أن يخلق للمصابين به من المشاكل الإجتماعية ما لم يعرف عن غيره من الأمراض، وتتبع جميع هذه المشاكل من حقيقة واحدة وهي أن حامل الفيروس أو المعاني للمرض الفعلي للأيدز ينظر إليه اجتماعياً بأنه يمثل مصدراً لمرض مميت، وبأنه لذلك يمثل خطراً أكيداً يقتضي تجنبه، ويتوافق هذا الشعور الإجتماعي مع شعور الفرد نفسه بأنه يمثل خطراً على الغير، وأن الأولى به هو الإنعزال والإنفراد.

إن من أهم ما يعانيه الفرد من مشاكل في حياته الإجتماعية ينبع من العوامل التالية:

١ - شعوره بالإثم حول تجاربه الجنسية السابقة واللاعقلانية والتي اتسم بها سلوكه الجنسي، وقد يؤدي مثل هذا الشعور إلى تغيير جذري في سلوكه الجنسي، غير أن آخرين يواصلون سلوكهم الجنسي المعتاد وإن كانوا يجدونه في نطاق ضيق.

٢ - الشعور بالذنب لاحتمال أن يكون المصاب قد نقل إصابته إلى شخص آخر، الي زوجة، أو صديق، أو صديقة، وهو شعور له أن يدفعه إلى التكفير عن ذنبه أو قطع الصلة كلياً بمثل هؤلاء الذين نقل إليهم الفيروس.

٣ - التخلي عنه، أو الإبتعاد - عائلياً وشخصياً واجتماعياً، وذلك نتيجة المعرفة بأنه أصبح يكوّن مصدراً للعدوى، ولعل هذا السلوك ممن كانوا سابقاً مركز الصلة معه، هو أهم وأشد ما يحز في نفسه، فالتخلي عنه لا يقطع فقط الوشائج العاطفية التي



كانت تربطه بالغير، وإنما تقطع عنه ما يحتاجه بالضرورة من تعاطف وعون ورعاية خاصة في الأدوار النهائية للمرض.

٤ - تأثير الإصابة على عمله أو وظيفته، فبالإضافة إلى ما للمرض أن يحدثه من عطل متزايد في مقدرته على العمل، فإن معظم مراكز العمل أما ترفضه من العمل فيها أو لا تقبل تشغيله في مؤسساتها، ويعود هذا الموقف إلى أن العاملين والعمالات الذين هم على تماس معه يرفضون الإستمرار في عمل يبيء هذا التماس، هذا مع العلم أن مثل هذا التماس الإعتيادي لا يؤدي إلى نقل الفايروس من المريض إلى غيره.

٥ - المشاكل الناجمة عن رفض حصوله على التأمين الصحي، وتأمين العمل، وتأمين الحياة، مما يضطره إلى التخلي عن مسكنه ومستوى معيشته وحاجاته العلاجية.

٧ - عدم الترحيب به في المخازن والأسواق والتي تعرف بمرضه وذلك نتيجة لإعراض الزبائن عن التعامل مع مثل هذه الأسواق في حالة معرفتهم بأن مصاباً بالفايروس أو الأيدز يتردد عليها.

٨ - رفض بعض المؤسسات الطبية إيواؤه للعلاج، وما يعرف من أن بعض أفراد هيئة التمريض وغيرهم ممن يقتضي عليهم التماس معه يوماً يرفضون رعايته والعناية به.

٩ - الإبتعاد عن العائلة، فالإحصائيات تفيد بأن حوالي ٦٢٪ من المصابين بالأيدز ليس لهم صلة بعائلاتهم، أو أن صلتهم هي أقل ما تكون، وهو الأمر الذي يسبب أشد المعاناة للمريض خاصة وهو في وضع صحي واجتماعي يتطلب معه الرعاية والتعاطف، والإنفصال عن العائلة قد يكون استمراراً لوضع سابق قائم قبل المرض، وقد يكون نتيجة لفعل المضايقات التي يتعرض لها في البيت، وقد يكون من جانب المريض نفسه الذي يجد في غيابه عن العائلة عذاباً مقبولاً وأكثر تحملاً من عذاب الرفض وهو بين أفراد عائلته، ويقدر عدد المصابين بالأيدز والذين يعيشون لوحدهم بحوالي ٧٢٪ من المرضى، ومن نتائج الإضطراب للعيش وحيداً، فإن المصاب لا يضمن الحصول على المساعدة الضرورية حال قيام الحاجة إليها.

### التأثيرات العصبية والعقلية للأيدز:

على خلاف التأثيرات المرضية للأيدز والناجمة عن فعل فايروس الأيدز المهلك لجهاز المناعة وبالتالي لتعريضه للإلتهابات بدون مقدرة على المقاومة، وعلى خلاف

التأثيرات النفسية والاجتماعية والتي لا تأتي بسبب فعل الفايروس أو المرض مباشرة وإنما نتيجة خوف الفرد من إصابته بالفايروس أو المرض، ونتيجة تيقنه وتيقن المجتمع الذي يحيط به من هذه الإصابة. إن التأثيرات العصبية والعقلية الحادثة في مرض الأيدز إنما هي من فعل الفايروس مباشرة على الجهاز العصبي للفرد، وهو الفعل الذي يحدث بدرجة أو بأخرى على الدماغ بصورة غالبية ويحدث من الأعراض العصبية والعقلية الفادحة التأثير على الملكات العقلية للمصاب بمرض الأيدز خاصة في دور المرض الفعلي من الإصابة بالأيدز.

### إصابة الجهاز العصبي :

تحدث هذه الإصابة في معظمها بفعل فايروس الأيدز، وتأتي على شكل التهاب شبه حاد للدماغ Subacute Encephalitis وإن كان للجهاز العصبي أن يصاب بالتهابات وأورام (انتهازية) والتي تدب في الدماغ نتيجة لفقدانه المناعة اللازمة لمقاومة هذه الآفات، ونتيجة لفعل العاملين أيضاً: فعل الفايروس المباشر على الدماغ وفعل الإلتهابات والأورام الإنتهازية، فإن العديد من الإصابات العصبية تحدث، ومنها: التهاب الدماغ، والتهاب السحايا، والخراج، والجلطات الدماغية، والأورام المختلفة، والعطل في بعض الإصابات، والتهاب الأعصاب المحيطة، ولهذه الحالات في مجموعها أن تحدث العديد من الأعراض المدللة على إصابة وتلف منطقة أو أخرى من مناطق الدماغ مما يؤدي إلى اضطراب أو عطل في الوظائف الطبيعية التي تقوم بها عادة.

### التأثيرات العقلية :

التأثيرات العقلية مثلها مثل التأثيرات العصبية تأتي نتيجة للفعل المباشر للفايروس على الخلايا العصبية الدماغية، غير أن للإلتهابات والأورام الإنتهازية والناجمة عن نقص المناعة أن تحدث أو أن تساعد في تكوين التأثيرات العقلية الحادثة، ويؤكد الباحثون بأن التأثيرات العقلية في معظمها إنما تنتج عن الفعل المباشر لفايروس الأيدز، وبأن هذا الفعل وما ينجم عنه من أعراض هو أكثر الإختلالات العصبية حدوثاً في المرضى المصابين بمرض الأيدز، وبأن الأعراض العقلية الناجمة عنه، هي أكثر الأعراض وروداً في المسيرة السريرية لمرض الأيدز، ولتحديد مجموعة الأراض العقلية الناجمة عن الإصابة فقد اصطلح عليها بـ (مركب أيدز للخرف (A. D. C) Aids Dementia Complex «A. D. C»)، هذا ولأعراض هذه الحالة أن تكون من جملة الأعراض المميزة لمرض

الأيدز، غير أنها في الكثير من الأحيان قد تكون الأعراض الوحيدة المدللة على الإصابة بفيروس الأيدز.

لقد وصفت الكثير من الأعراض والحالات المرضية العقلية الناجمة عن الإصابة بفيروس الأيدز، ويمكن القول بأن ما من حالة عقلية إلا ويمكن ظهورها في مثل هذه الحالات، وتشمل مجالات التأثير: الإضطرابات الذهنية، كما تشمل الإضطرابات السلوكية والعاطفية، ولأي من هذه الإضطرابات أن يكون أكثر وضوحاً وغلبة من الإضطرابات الأخرى في مرحلة أو أخرى من مراحل الإصابة، ومن أهم ما يتصف به المصاب هو ما يعانيه من ضعف في التركيز، ونقص في الذاكرة خاصة للحوادث الحديثة في تجربته، والبطيء في العمليات الفكرية،، والخمول، ولهذا أن تتواصل وتزداد شدة فتحدث حالة من الخرف العام، ولبعض الأعراض المرضية الحادثة أن تأتي على صورة مرض شيزوفريني أو على شكل حالة الهياج (المانيا) أو الإكتئاب، أو الحالات الواهمة، أو حالات الهذيان، هذا وللأعراض العقلية التي أوردناها أن تأتي لوحدها وبدون ظهور أية أعراض أخرى لمرض الأيدز، أو أية أعراض مدللة على إصابة الجهاز العصبي بأية آفة أو إصابة عضوية للدماغ، وهذا الواقع له أن يحمل على الإعتقاد بأن الحالة المرضية موضوع التشخيص إنما هي حالة مرضية عقلية وتعالج على هذا الأساس دون التفطن! احتمال أن مرض الأيدز هو المسبب لها.

إن للأعراض العقلية أن تأتي لوحدها وبدون ظهور أية أعراض عصبية، غير أن بعض الأعراض العصبية المدللة على إصابة الجهاز العصبي قد تظهر أيضاً مرافقة للأعراض العقلية في دور أو آخر من أدوار الإصابة العقلية، ومن أهم هذه الأعراض: الإرتعاش، وبطيء الحركة المتوازنة، والرنج، والسلس (الإدرار والغائط)، والبكم والسبات.

إن أهمية الأعراض العقلية الحادثة، والتي تكوّن عارضاً هاماً في أكثر من خمسين في المئة من المصابين بمرض الأيدز والتي تؤدي إلى قيام حالة الخرف الشديد، مع ما يمكن أن يرافقها من أعراض عصبية ونفسية وأعراض أخرى ناجمة عن الإلتهابات الإنتهازية، لها أن تضاعف كثيراً من مأساة المريض بالأيدز، وأن تصعب من رعايته طبياً أو اجتماعياً، ومع أن المتأمل يجد في ظهور هذه الأعراض العقلية حكمة إلهية توفر على المريض إدراك نتائج ومعاني مأساته، إلا أنها مع ذلك لها أن تكون في نظر الأصحاء وحتى في نظر كل من يحمل فايروس الأيدز، بأنها مأساة ما بعدها مأساة في تاريخ الإنسان وأشكال معاناته.

## ١ - قصة امرأة أصيبت بفيروس الأيدز:

فيما يلي بعض المقتطفات مما كتبه امرأة انجليزية في جريدة الأندبندنت اللندنية عن وقع إصابتها بفيروس الأيدز والذي انتقل إليها من زوجها:

\* «اني شخص غير محتمل إصابته بفيروس الأيدز، فإننا في منتصف العمر، ومتزوجة ولي ولدين كبيرين... وفي شهر أغسطس، علمت بأن زوجي مصاب بمرض الأيدز، وقد انتظرت شهراً كاملاً لكي أتغلب على الصدمة، وأقدم على إجراء الفحص علي».

\* «وبينما أنا مستلقية في الليل، أحاول النوم، والفرع يعصف بي كالإعصار، كان أقسى من معرفتي بالإصابة... لقد مانع زوجي قيامي بإجراء الفحص، أما ابني فقد كان في حالة يأس من فقدان والديه، وكل ما أراد معرفته أن واحداً من والديه على الأقل سوف لا يموت».

\* «ورحت أمشي ذهاباً وإياباً كدجاجة بدون رأس، أمام مستشفى الجامعة، إلى أن قررت إجراء فحص الدم... وبرؤية دمي في الأنبوبة الزجاجية... تفكرت بأولادي، وانفجرت الدموع من عيني، ولمدة عشرة أيام بعد ذلك، بدت فيها الحياة، وكأنها علفت... ولما حان وقت تسلم النتيجة، صاحبتني ابنتي إلى المستشفى... (وبدون انتظار أو تلكؤ). أخبرت بأن النتيجة إيجابية، قالت المريضة ذلك وفمها مطوي في وجهها في محاولة لتشجيع نفسها، وشعرت بأن أوداجي تتورم، وبأنها زادت حمرة فوق حمرة، ورأسي يؤلني لتقبل هذا الخبر، ثم التفت إلى ابنتي ورأيت وجهها في ركن بعيد من الغرفة، وبدى صغيراً ومتداعياً ولا لون له، وقد أدركت وأنا ألمسها بأنني لن أتوقف، ولن أضيع لحظة واحدة، وبأني سأقاوم وبكل خلية في جسمي لكي أتخلص من الفيروس... وفكرت في الدراويش الذين يمشون على الجمر الحار، ويضعون الشياش في أوداجهم وبدون أن يصيبهم أي أذى، وتذكرت بأن سولز هنتزن (الكتاب المشهور)، والذي أشفى نفسه من السرطان، وبأنني سأستطيع مثل ذلك».

\* «إني غير غاضبة على زوجي... فقد أدركت بأنني إذا سمحت لغضبي أن ينهض نتيجة لإهماله، ولخيانة ثقتي به، فإن لذلك أن يحطم تماسك العائلة».

\* «لقد كانت هنالك هنيهات دقت رأسي فيها، وعربدت، وانتحبت، وآخريات رميت فيها نفسي على الفراش، وعانقت الوسادة، وبكيت فيها... وزوجي صامت... وفي لحظات أخرى خبطت الأرض، ورميت نفسي على الأرض وكأنني طفلة».

\* «...» وتغير مزاجي، وبدون تفسير من يوم لآخر، من الشعور بالنشوة بأني ما زلت حية، وبأني في وحدة مع العالم، وإلى شعور غامر من الوحدة والأسر، وأحسست وكان قلبي قد أصبح نياً من الألم... وذات يوم، وفي ثورة من الغضب، دقت بصينية قديمة على بلاط المطبخ، وجرحت أبهامي، ونظرت برعب والسائل الخطير الملوث ينز من أصبعي، وفي تلك الليلة حلمت بأني قد أوقعت بصاقاً على طعام صديقة، وبأنها رفضت تناوله، وبالتدرج اختفى ذلك الشعور بأني مجذومة، وبأني خطر على الآخرين».

\* «...» لقد هدأ رعبي، وعاد قلبي إلى إيقاعه، وزوجي وأنا قد قرنا الإفراق، وأنا أشعر بحزن لتركي له والعيش لوحدي، وعلى الإرهاق الذي وقع علينا كعائلة، غير أنني تعلمت أشياء عديدة رائعة عن المرض - كيف يسلك العقل والجسم؟، وكيف أن أكون (بدماع أمين)، ومحكوماً بدرجة أقل بالعقلانية، وفوق كل شيء فإني ممتنة بأن استجابتي - بأن أحارب - قد وجدت حلفاء راثعين لي من أهل المهنة، والعائلة والأصدقاء، أن لي مستقبلاً، ليس لك أن تموت بالأيدز».

## ٢ - سنوات الخداع التي ربطت بالخوف:

وهذه لقطات قليلة مما كتبه امرأة أخرى عن إصابتها بفيروس الأيدز:

\* «إني أذكر جيداً ذلك اليوم الذي كان عيد زواجنا الخامس والعشرين... ولسبب ما شعرت بأن ذلك اليوم الغالي سيكون آخر ذكري سنوية سعيدة لزواجنا...».

\* «وفي اليوم التالي، أخبرني زوجي بأنه استلم رسالة من صديق أقيم معه بعض الوقت قبل بضع سنوات، وبأنه قد أصيب بمرض الأيدز، ولما كنت آفة لوسواس زوجي من الأمراض، ضحكت وقلت له مازحة: «هل التقطت المرض لأنك أقيمت معه؟»، وأجاب زوجي أجوبة متعارضة: «إني قلق من أنني قد أكون مصاباً بالمرض... غير إني لم أقم بشيء ليكسبني المرض... إني لا أعلم ما الذي فعلناه... إنه يترتب علينا أن نستعمل رفاقاً (غمداً) من الآن فصاعداً»، وأجبت، قم بإجراء الفحص، غير أنه أبى، ولم أكن أعلم بأنه قد أجرى الفحص قبل بضع سنوات، وبأنه قد حجب النتيجة عن ذاكرته. وتأملت بأنه إذا كان يحمل الفيروس، فإني قد أصبت بالفيروس أيضاً قبل بضع سنوات؟».

\* «... هل هناك حقاً مثل هذا العدد من الطرق للبكاء؟! دموع هادئة، والنحيب والعيول، أصوات تهم الجسد وتأتي من الأعماق، وما من شيء يمكن أن يجد طريقة للمواساة، لقد كان الواحد منا للآخر كأبويه وكأعز أصدقائه... لا مجرد زوج، وزوجة... لقد أجرى الفحص، وخابرتي من المستشفى بأن الفحص المخبري يؤكد إصابته... وعند عودته للبيت ذرع البيت كحيوان هائج، وراح يهدد بقطع رصغه... ولما أعلمته بأن فحص دمي قد أثبت إصابتي بالفايروس، رد قائلاً: «لقد عملت جهدي أن أمحيك من الإصابة»، وأجبتّه متسائلة: وكيف إذاً أصبت بالفايروس؟ فأجاب: «إني لم أكن أعرف عندئذ شيئاً عن هذا المرض»؟.

\* «... لقد خادع نفسه بسبب الخوف، وقد سمحت لنفسني أن أكون صباء وعمياء، أما الآن، وقد حصلت على الفايروس، فإني أصبحت حرّة، وتلت ذلك عدة أسابيع من التوتر الذي لا يحتمل، فقد كان غاضباً مني لقولي بأن زواجنا قد انتهى، إن الإثم، والذي أنكره بقوة، والذي كنت أعلم بأنه يشعر به، كان يحول دون تفاوضنا على علاقة جديدة مبنية على الصدق، وقلت له: «إني لا أقول بأن عليك أن تشعر بالإثم»، ورحنا من بعد ذلك نتخبط كالسمك في الشباك، في محاولة للتواجد بسلام حتى نجد أماكن نعيش فيها كل على حدة».

\* «إننا نفترق، ولكن من أجل أنفسنا، ومن أجل أولادنا الذين تحملوا كثيراً، إننا نريد أن نبقي كعائلة - أن يحب الواحد منا الآخر، وبدون التظاهر الذي انقضى منا في الماضي، أن المرشد الذي يوجهنا يقابل كل واحد منا على حدة، وهو يساعدنا بأن نجدف القارب إلى الأمام، وبدون الكثير من الرذاذ، إن الكثير من الخير قد جاء بسبب هذا المرض الرباعي الأحرف (ايدز)، ولهذا فإني لا أتأسف على ذلك كلياً».....

### الوقاية من الإصابة:

أمر الوقاية من مرض الأيدز هو من أصعب الأمور الوقائية إن لم يكن أصعبها على الإطلاق في تاريخ الطب وحاضره. ذلك لأن مثل هذه الوقاية تتطلب الإلتزام التام والمحكم بعدد كبير من الإجراءات والتي يتعذر أو يصعب الوفاء بمقتضاياتها، ثم أن الوقاية الناجعة تتطلب تغييراً جذرياً في أنماط السلوك الجنسي، وهو ما يصعب العمل به، وهناك أيضاً حقيقة أن المرض من بداية التعرض إليه واكتسابه وحتى ظهور بوادره الأولى يستغرق زمناً طويلاً قد يمتد إلى عدة سنوات، وهذا الواقع له أن يكون مانعاً

للفرد من أن يبادر إلى اتخاذ أية إجراءات وقائية، وأخيراً فإن جهل الفرد الإعتيادي بالحقائق المتوافرة عن مرض الأيدز وطرق الوقاية من اكتسابه من ناحية، وخشية معظم الناس من الإقدام على إجراء الفحوص المختبرية والطبية المؤكدة أو النافية لإصابتهم بالمرض - من جانب آخر - كل ذلك له أن يعقد من موضوع الوقاية من المرض ومن الإلتزام بضرورات هذه الوقاية .

في البداية ارتبط موضوع مرض الأيدز بالمنحرفين جنسياً والذين يمارسون الجنسية المثلية (اللولاطية). وذلك بسبب ظهور الغالبية العظمى من حالات الأيدز في هذه الفئة من الممارسة الجنسية المنحرفة، والتركيز على هذه الفئة دون غيرها في البداية أعطى عامة الناس، وحتى في المجال الطبي الشعور بأنهم في أمان من الإصابة بالمرض ماداموا لا يمارسون هذا النمط من الحياة الجنسية. وفي وقت لاحق ظهرت حالات المرض في فئة أخرى دأبت على تناول العقاقير الأدمانية عن طريق الزرق في الوريد، وحتى ظهور هذه الحالات لم يحدث تأثير أو حافز للوقاية من عامة الناس ممن لا يتعاطون تناول العقاقير وخاصة عن طريق الزرق بالدم. ويتوالي ظهور حالات الأيدز في شرائح أخرى كمارسي الجنسية الثنائية وفي الذين نقل إليهم الدم أو مستحضراته، وفي المومسات وأمثالهن من بنات الهوى، وفي الذين يعددون من علاقاتهم الجنسية ذكوراً أو إناثاً، وأخيراً في الذين يمارسون حياة جنسية طبيعية ومفردة بالزواج أو المعاشة، فإن رقعة المعرضين للإصابة بالإيدز قد اتسعت كثيراً، واتسع معها الإدراك بخطورة المرض من ناحية، وإمكانية الإصابة به بطرق عدة، وراح البعض بالفعل يتصورون من طرق الإصابة ما يزيد عما هو معروف من هذه الطرق أو حتى ما يمكن أن يتوقع من ظهورها. ونتيجة للبيانات المتوافرة حتى الآن عن طرق الإنتقال وعن الشرائح الإجتماعية الأكثر تعرضاً لاكتساب فايروس المرض. فقد توصل الباحثون إلى وضع توصيات وقائية يقتضي العمل بها للحصول على أكبر قدر ممكن من درجات الوقاية من اكتساب الفايروس وبالتالي الوقوع في المرض، وللوقاية من نقل الفايروس للآخرين، ولغرض تحقيق الهدف النهائي وهو السيطرة الكلية على فايروس الأيدز وتخليص بني الإنسان من شروره، والتي لا مثيل إليها من الشرور البشرية. وفيما يلي الخطوات الوقائية التي يقتضي العمل بها للوقاية من المرض، وهي الخطوات التي يتفق معظم الخبراء على ضرورة تبنيها بهدف الحد من ظاهرة الأيدز.

## أ - قواعد وقائية عامة:

١ - إدراك كل فرد بأنه معرض للإصابة بفايروس الأيدز وبأنه غير معصوم عن

ذلك إذا ما تعرض لمصدر يحمل فايروس الأيدز.

٢ - إدراك كل فرد يحمل فايروس الأيدز بأنه مصدر محتمل لنقل الفايروس إلى

غيره.

٣ - إدراك كل فرد تعرض للتماس الوثيق مع فرد يحمل الفايروس باحتمال

إصابته بفايروس الأيدز.

٤ - إدراك أن جماعات معينة في المجتمع (حتى الآن في مجتمعات أمريكية

وأوروبية وأفريقية) هم أكثر من غيرهم احتمالاً بأنهم قد أصيبوا بالفايروس، وهذه الفئات تشمل:

أ - ممارس الجنسية المثلية (اللواطية).

ب - ممارس الجنسية الثنائية (الجنسية الطبيعية والجنسية اللواطية).

ج - متناولي العقاقير الإدمانية وخاصة أولئك الذين يتناولونها عن طريق

الزرق الوريدي بصورة جماعية.

د - ممارس العلاقة الجنسية المتعددة الأطراف وبإلحاح وتكرار.

هـ - المومسات وأمثالهن.

ب - قواعد السلوك الجنسي:

١ - محاذرة العلاقات الجنسية مع أي من الفئات التي وردت في فقرة ٣ - ٤.

٢ - الركون إلى العلاقات الجنسية المفردة ومحاذرة غيرها من العلاقات الجنسية إلا عند

الوثوق واتخاذ الحيلة الوقائية اللازمة، وهو أمر لا يمكن أن يوفر الوقاية التامة لأحد.

ج - الكشف المختبري:

١ - يقتضي أن تشرع القوانين التي تخضع المرشحين للزواج ذكراً وأنثى

للفحص المختبري للتأكد من خلوهم من فايروس الأيدز، وفي بعض الحالات التي تم

فيها التعرض لعلاقات جنسية مشبوهة، فيقتضي معاودة الفحص بعد بضعة شهور أيضاً.

٢ - إجراء الكشف المختبري على الفئات التالية بصورة إجبارية:

(١) المساجين، (٢) المرضى عند دخولهم المستشفى، (٣) المرضى الذين



يراجعون الطوارئ، (٤) المتتمون لمسالك الجيش والشرطة، (٥) وقد يكون من الضروري شمول الطلبة في سن المراهقة والشباب، (٦) الفئات العاملة في الفنادق والمطاعم، (٧) العاملون في صناعة الأدوية، (٨) العاملون في مجال رعاية المرضى والتمريض، والأمهات الحوامل.

#### د - احتياطات أخرى:

١ - إجراء الفحوص المخبرية للتأكد من خلو أكياس الدم التي تنقل للمرضى من وجود الفيروس، إضافة إلى الفحص المخبري الذي يجري على المتبرع بالدم أو الناقل له، ويشمل ذلك المستحضرات الدموية وغيرها من العناصر المخثرة للدم.

٢ - تطبيق الفحوص المخبرية على جميع الوافدين إلى بلد ما خصوصاً أولئك الذين يفدون من بلدان عرفت بانتشار الأيدز فيها، وخاصة أولئك الذين يعتزمون البقاء لمدة طويلة.

٣ - تجنب التماس بين افرادات فرد وآخر بصورة مباشرة، وعن أي طريق، وتشمل هذه الإفرازات المنية، وإفرازات الفرج، والدم، واللعاب، والبراز، والإدرار، وهناك من يضيف إلى ذلك التقبيل، والتماس مع العرق والدموع.

#### إجراء فحوص مسوحية:

من الأمور المجادل فيها في بلدان مختلفة هو موضوع جدوى قيام السلطات المختصة بإجراء فحوص شاملة أو استطلاعية محددة على شرائح اجتماعية معينة، أو بصورة عشوائية لغرض تحديد مدى انتشار الإصابة بفيروس الأيدز في المجتمع وتعيين مصادر وبؤر الانتشار، ويدخل ضمن هذا الموضوع مدى شرعية الأفضاء بالمعلومات الخاصة بالأفراد المصابين بالفيروس، وفيما يتعلق الأمر بجدوى هذه المسوح الاستطلاعية فإن هناك شبه إجماع على أهمية وفائدة إجراء هذه المسوح، ذلك أنها الوسيلة الوحيدة المتاحة للحصول على صورة لهذا الانتشار، أما بشأن حقوق المواطن في هذا الموضوع، فإن هناك معارضة لأي بوح عن إصابة حامل الفيروس أو المرض بالنظر لما لهذا البوح أن يسببه من أضرار للفرد المصاب في حياته العائلية وفي مكانته الاجتماعية وفي عمله ودراسته وسكنه وحقوقه المدنية الأخرى كالتأمين الصحي والاجتماعي.

ويتفق معظم الباحثين في هذا الموضوع بأن من حق الدولة إذا ما رأت ذلك ضرورياً - أن تقوم بالفحوص المسوحية وبالمدى الذي تراه ضرورياً لغرض الكشف عن حجم العدوى بالفايروس، غير أنه يتحتم الإبقاء على سرية النتائج الإيجابية، أو أن يترك للفرد المعني اتخاذ القرار فيما إذا كان يرغب أو لا يرغب معرفة نتائج الفحص الذي أجري عليه. هذا وهناك من يرى بأن من اللازم إعلام المصاب بإصابته حتى في هذه المسوح العامة والعشوائية - مع الإحتفاظ بسرية المعلومات - ذلك أن المسألة لا تنحصر فقط في الحقوق الشخصية للفرد - وإنما بحقوق المجتمع تجاه خطر هو من أعظم إن لم يكن أعظم الأخطار الصحية التي يواجهها الإنسان عبر تاريخه الطويل، والمبدأ الذي لا بد من العمل به هو أن الخطر الإجتماعي الأعظم يقتضي من الإهتمام أكثر بكثير مما يناله الخطر على الفرد الواحد مع أهمية هذا الخطر وضرورة مراعاته.

### الوقاية التشريعية:

لما كان مرض الأيدز يمثل خطراً وبائياً محتملاً وعلى نطاق وطني وعالمي، فإن الوقاية منه هي بالضرورة مسألة تتجاوز الفرد وحقوقه الشخصية، وذلك من أجل حماية المجتمع بكامله، ولا بد لذلك من أن تتخذ السلطات المسؤولة في كل بلد، سواء الصحية منها أو التنفيذية، ما تراه ضرورياً من الإجراءات المناسبة للوقاية من انتشار الإصابة بفايروس الأيدز، وأن تدعم هذه الإجراءات بتشريعات قانونية ملزمة للمواطنين.

لقد قامت بعض البلدان بتطبيق إجراءات وسن تشريعات وتعليمات للحد من انتشار الأيدز، وقد تفاوتت هذه الإجراءات والتشريعات في شدتها بين بلد وآخر، ومن الملاحظ هو أن أكثر البلدان تعرضاً ومعاناة لانتشار الأيدز مثل الولايات المتحدة، وانجلترا، والبلدان الأوروبية، هي أكثر البلدان تحلفاً في سن التشريعات القانونية والصحية، والتي لها أن تحد من تزايد انتشار الأيدز بين مواطنيها، والعذر المألوف لمثل هذا التخلف هو الجدل حول إمكانية أن تتجاوز التشريعات الوقائية الحقوق المدنية للفرد، وهو منطق لا ينسجم مع ما هو مائل من أخطار الأيدز في تلك المجتمعات، وهي الأخطار التي لها أن تجعل من حرية الفرد عدراً واهياً مقابل ما يتعرض له من أخطار، وما له في حالة إصابته بالفايروس من تعريض آخرين غيره لأخطار مميتة.

لقد قامت بعض البلدان بحجر المصابين بالفايروس، ومن هذه كوبا، كما جرى حجر بعض المومسات المصابات في الولايات المتحدة، غير أن هذا الإجراء لا يمكن

تطبيقه في حالة إصابة أعداد كبيرة من الناس بفيروس الأيدز، كما يتعذر تطبيقه في إصابة من شأنها أن تستمر لسنوات طويلة قبل الوقوع بالمرض، ومن البدائل لمثل هذا الإجراء ما قامت به دول أخرى، أو اقترح تشريعه من الإجراءات، ومن هذه:

١ - قيام الدولة بإجراء فحوص إجبارية على فئات معينة في المجتمع لتحديد الإصابة، ومن هذه الفئات:

- \* جميع الموقوفين لأسباب إجرامية، وجميع المساجين.
- \* جميع المجندين.
- \* الطلبة في مراحل المراهقة.
- \* كل من يتقدم للزواج من ذكر وأنثى.
- \* المرأة الحامل.
- \* جميع المتعاطين لمهن الدعارة، وما يشابهها.
- \* جميع المدمنين على تناول العقاقير والمستحضرات.
- \* جميع العاملين في مهن معينة مثل: الفنادق، والمطاعم، ومعامل صنع الأدوية، والأمصال، والذين هم على تماس بالمرضى، من تمرىض ورعاية، أو إجراءات مختبرية.
- \* الطلاب في مراحل الدراسة الثانوية والعالية.
- \* المتتمين إلى الخدمة العسكرية، وكافة المؤسسات المماثلة.
- \* جميع المرضى الراقدين في المستشفيات.
- \* جميع المساجين.
- \* الأمهات الحوامل، والأطفال المواليد، والأطفال عامة، بعد بضعة أشهر من الولادة.
- \* المرشحين للزواج، وإعادة الفحص بعد بضعة أشهر، وذلك قبل إتمام الزواج.
- \* إجراء الفحص على دم المتبرعين بالدم، أو البائعين له، للتأكد من خلوه من الفيروس، وإجراء فحوص مماثلة على المستحضرات المختلفة، المستخلصة من الدم.
- \* إجراء فحوص على عينات عشوائية أو مختارة للحصول على إفادات عن مدى

انتشار الإصابة بالفايروس، ومحاولة ربط هذه الإفادات بكيفية تعرض المصابين للإصابة بالفايروس.

\* إخضاع المومسات وأماهن للفحوص المختبرية بصورة متكررة، وتطبيق ذلك على من يعرف بأنه يمارس حياة جنسية مثلية سواء بصورة مطلقة أو كتنوع في العلاقات الجنسية الثنائية.

\* إخضاع جميع المتعودين على تناول العقاقير والمخدرات وخاصة متناولها عن طريق الزرق في العضل أو الدم، للفحوص الدورية.

إن هذه الإجراءات لها أن تعين مدى انتشار الإصابة بالفايروس ويؤثر الإصابة، وطريقة الانتشار، ولها أيضاً أن تحد بقدر كبير من فرص التعرض لمصادر الإصابة، خاصة إذا اقترن تعيين الإصابة بالإجراءات الوقائية الأخرى.

٢ - قيام الدولة بإجراء فحوص مسوحيّة بصورة محدّدة، أو عشوائية، لغرض الحصول على بيانات عن مدى انتشار الإصابة بالفايروس، والأماكن التي يكثر فيها هذا الانتشار.

٣ - سن تشريع يحمل من يحمل الفايروس مسؤولية نقل العدوى لغيره بطريقة مباشرة، وهو على علم بإصابته بالفايروس أو المرض، ومن أمثلة العمل بهذا التشريع العلاقة الجنسية المثلية بين الممثل المعروف (روك هدسون)، والمصاب بمرض الأيدز، والذي استمر في معاشرته الجنسية مع شاب آخر، وهو يعلم بأنه يعاني من المرض، وقد حكمت إحدى المحاكم في الولايات المتحدة بتغريمه بأربعة عشر مليون ونصف المليون من الدولارات تدفع لشريكه الجنسي لإخفائه الحقيقة عنه، هذا في الوقت الذي لم يتبين فيه بعد انتقال العدوى إلى هذا الشاب.

٤ - سن تشريع يقضي بوجوب إعلام المراجع الطبية والمختبرية عن كل حالة من حالات الإصابة بالفايروس، أو المرض، وحق السلطات الصحية المسؤولية عن تقصي ومتابعة هذه الحالات، بما في ذلك أولئك الذين حدث معهم تماس جنسي من قبل المصاب بالفايروس أو المرض.

٥ - إجراء فحوص مختبرية على دم الوافدين والمهاجرين والعائدين من السفر، للتأكد من خلوهم من الفايروس، وإعادة الفحص مرة أخرى بعد مرور عدة أشهر، وخاصة على أولئك الذين وفدوا من بلدان موبوءة بالفايروس أو يشتبه بأنهم يمثلون

تعرضاً أعظم للممارسات الجنسية التي تحمل إمكانية العدوى بالفايروس.

إن هذه الإجراءات قد تبدو صارمة لأول وهلة، غير أنها تمثل فقط قدراً معتدلاً من الشريعات اللازمة لحماية الفرد والمجتمع من خطر تفشي مرض الأيدز على نطاق وبائي، ومن الطبيعي أن يكون لبعض هذه الإجراءات ما يمكن اعتباره تجاوزاً على الحرية والحقوق المدنية للمواطن، غير أن تأمل الخطر الممكن حدوثه نتيجة التهاون بشأن الوقاية من هذا المرض، له أن يكون أكثر اعتباراً من الحقوق المدنية للفرد، وينبغي التأكيد في كل حالة تبين فيها الإصابة بالمرض، أن يتم التعامل مع صاحبها بمنتهى الكتمان والسرية، بحيث لا تتسرب البيئة إلى الغير، هذا ويمكن تجاوز هذا الاعتبار عند توافر القناعة بأن المصاب بالفايروس أو المرض، قد تجاهل واجبه ولم يتقيد بالتعليمات الوقائية مما عرّض شريكه أو شركائه الجنسيين لخطر الإصابة بالفايروس وبالمرض.

### الثقافة الوقائية :

الثقافة الوقائية هي من أهم الوسائل الوقائية لدرء خطر اكتساب الفايروس، ولعل ضرورة هذه الوسيلة الوقائية هي أعظم في هذا النوع من المرض منها في أي نوع آخر من الأمراض، وذلك لطبيعة فايروس المرض والطرق العديدة لاكتسابه، وسهولة هذا الإكتساب، وتعرض مختلف الأعمار والشرائح الإجتماعية للإصابة به، وبصرف النظر عن جنسهم وعرقهم ولونهم ومستواهم الاقتصادي والثقافي والإجتماعي، ولهذا يقتضي العمل باستراتيجية ثقافية وإعلامية فعالة، والتي تهدف إلى نشر البيانات اللازمة حول الأيدز وطرق اكتسابه، والأخطار المحتملة من الإصابة به، كما تهدف إلى تثقيف كل من يعنيه الأمر بضرورة تجنبه المصادر الموبوءة بالفايروس وخاصة في مجال العلاقات الجنسية ذات الإحتمال بتسهيل نقل الإصابة، وإلى حث أفراد المجتمع على اختلاف طبقاتهم وأعمارهم على ضرورة ممارسة ما يعرف بـ (العلائق الجنسية المأمونة)، وهي ممارسة تدعو إلى تجنب العلاقات الجنسية غير الطبيعية، بما فيها الإنحراف، والتبذل، والجنسية المثلية، والثنائية، ومعاشرة المومسات، وغيرها من أنماط العلاقات الجنسية، كما تدعو إلى ضرورة استعمال الرفال (الغمد المطاطي)، في كل علاقة جنسية تحمل أدنى احتمال بنقل عدوى الفايروس من أحد طرفي العلاقة الجنسية إلى الطرف الآخر.

لقد قامت بعض البلدان بتطبيق مثل هذه الإستراتيجية التثقيفية والأعلامية، وقد أفادت هذه المحاولات في التقليل من انتشار الفايروس، غير أن هذه الفائدة لم

تعمر طويلاً، إذ عاد الناس إلى ممارسة حياتهم الجنسية كالسابق، وهو ما يدل على أن الناس عامة ينسون الخطر إذا لم يكن ماثلاً، وهكذا فلا بد من معاودة وتأكيد الحملات الوقائية والتي يقتضي أن تفتن بالبينات المقنعة عن الأخطار المميتة للإصابة، وبأن لمثل ذلك أن يقع لكل من يتحدى القواعد الصحية في الوقاية.

ولعل من أهم أهداف التثقيف الصحي هو التوجه إلى الجيل الناشئ بالمعلومات الكافية حول فايروس الأيدز أو المرض الفعلي به، وهناك ضرورة قصوى بأن يكون هذا التثقيف جزءاً أساسياً في ثقافتهم العامة، وأن يتكرر هذا التثقيف في مراحل الدراسة المختلفة من ثانوية وإعدادية وجامعية.

### الوقاية باستعمال الرفال:

لاستعمال الرفال في العلاقات الجنسية أن يكون عاملاً وقائياً فعالاً له أن يقي الشخص الطبيعي من احتمال الإصابة بفايروس الأيدز أو انتقال الإصابة إلى شريكه الجنسي، ويعتمد قدر هذه الوقاية على عدة مقررات منها:

- ١ - درجة احتمال إصابة الشريك الجنسي بفايروس أو مرض الأيدز.
- ٢ - عدد مرات التعرض للعلائق الجنسية مع أشخاص تحتمل إصابتهم.
- ٣ - نوعية العلاقة الجنسية الحادثة بين شخص معرض وشخص مصاب، إذ أن هناك بعض العلائق الجنسية التي لا يوفر فيها استعمال الرفال أية وقاية.
- ٤ - نوعية الرفال، إذ أن الكثير من هذه الأنواع قابلة للإنفجار والتمزق أو الإرتشاح.

وقد قام الباحثون في جامعة كاليفورنيا بحساب درجة احتمال اكتساب فايروس الأيدز في ظروف مختلفة، ومن نتائج هذا البحث ما يلي:

١ - احتمال واحد في كل ٥ ملايين، إذا كانت العلاقة الجنسية الطبيعية بين ذكر وأنثى، ويكون فيها الشريك الجنسي خالياً من الفايروس HIV - negative ومستعملاً للرفال.

٢ - احتمال واحد في كل ٥ ملايين، يقوم فيها الفرد بعلاقة غير محمية (بدون استعمال الرفال)، مع فرد من غير فئة ذوي الإحتمال الكبير باكتساب الفايروس، ومن الذين لا يعرف وضعهم من حيث الأجسام المناعية المضادة.

٣ - ينقص احتمال الإصابة في (٢) إلى ١ في الخمسين مليوناً إذا ما استعمل الشريك الجنسي رفاً واثماً.

يتضح من هذه الدراسة بأن لاستعمال الرفال أن يعطي من الوقاية ما يبلغ عشرة أضعاف الوقاية المحتملة من عدم استعماله، كما يتضح من هذه الدراسة وغيرها بأن استعمال الرفال لا يعطي الوقاية الأكيدة من احتمال اكتساب الفايروس، وإن كان هذا الإستعمال أكثر وقاية من عدم استعماله، كما أن درجة الوقاية مهما كانت تعتمد على عوامل أخرى منها نوعية الرفال وجودته، وحدائثه صنعه، أو قدمه، وطريقة استعماله، وزمن استعماله أثناء العلاقة الجنسية، وكيفية تليسه، ونزعه، إلى غير ذلك من العوامل المقررة لجدواه الوقائية.

### اللقاح الواقي:

في غياب أي وسيلة علاجية حتى الآن للقضاء على الفايروس في مراحله الأولى في الجسم، أو عند تبين أعراض المرض الفعلي بالأيدز، فإن الوسيلة الوحيدة التي لها أن تقضي على الفايروس هي عن طريق تحضير لقاح واثم يطمع به كل فرد يحتمل انتقال الفايروس إليه، غير أن هذا اللقاح ما زال اكتشافه ممتنعاً على الباحثين حتى الآن، وفي رأي البعض أن هذا الاكتشاف سيتطلب عدة سنوات أخرى من البحث والإختبار، وفي رأي آخرين أن مثل هذا اللقاح سيظل أملاً بعيداً عن التحقيق، ومما يعقد محاولات اكتشاف مثل هذا اللقاح هو أن هنالك على الأقل ثلاثة أصناف من الفايروس، والتي لكل واحد منها أن يسبب مرض الأيدز، وقد تظهر أصناف أخرى منها في المستقبل، كما أن لطبيعة كل واحد من هذه الفايروسات أن تتغير وتتطور مع الزمن، ولكل هذا أن يعترض تحقيق المحاولات العديدة والحثيثة نحو العثور على مثل هذا اللقاح...

### بيانات حديثة حول الفايروس والمرض ومكافحتها:

منذ إعداد مادة الجزء الأكبر من هذا الفصل نشرت بعض المعلومات المفيدة حول موضوع الإصابة بفايروس ومرض الأيدز وطرق مكافحتها. ونحن نختصر فيما يلي هذه المعلومات (١٩٩٣):

### المطاعيم:

فشلت المحاولات الحثيثة حتى الآن في التوصل إلى تحضير مطاعيم واقية من

اكتساب فايروس الأيدر ومنع تكاثره. . . غير أن شركة أمريكية (Chiron) بالتعاون مع شركة (Ciba) السويسرية، تقوم الآن بمحاولات لصنع لقاح واقى للفايروس باتباع أسلوب الهندسة الوراثية لبروتينات على سطح الفايروس، وتم عن هذا الطريق صنع جسيمات صغيرة فارغة والتي يطعم بها الفرد. وقد أفادت التجارب التي تم إجراؤها على المتطوعين بأن التطعيم بهذه الجسيمات المشابهة لفايروس الأيدز قد أدى إلى تكوين أجسام مضادة مناعية ضد الفايروس في دم المريض، وقد شجع هذا الإكتشاف الإدارات المعنية في أمريكا إلى التخطيط لإجراء تجربة واسعة على مئة ألف متطوع من الأصحاء في مطلع السنة القادمة. وتقتضي الإشارة إلى أن هذا اللقاح الجديد يستهدف الوقاية من اكتساب الفايروس، لا الوقاية من المرض أو علاجه، وفيما يتعلق بالوقاية من المرض، فإن جميع المطاعيم التي استعملت حتى الآن لم تفلح في الوقاية من المرض أو في علاج المرض. وفي هذا الموضوع يقول الدكتور مارتن هيرش Martin Hirsch الأستاذ في جامعة هارفرد: «إننا لم نستطع أبداً حتى الآن شفاء أية إصابة بمرض فايروس الأيدز، وهكذا فإن إيجاد علاج لمرض الأيدز هو ليس بالإمكانية العملية»، وهكذا فإن الإهتمام قد توجه إلى البحث عن مطاعيم وقائية من اكتساب الفايروس. ومن السلبيات التي تواجه اللقاح الجديد المكتشف، هي:

١ - أنه عديم الفعالية بعد أن يكون الفرد قد أصيب بمرض الأيدز.

٢ - أن له بعض التأثيرات الجانبية: الإحمرار، والألم، وأعراض مشابهة للأنفولونزا الخفيفة.

٣ - وربما أهم هذه السلبيات هي أن اللقاح يمكن له أن يكون واقياً ضد الفايروسات المتواجدة في أمريكا مثلاً، غير أنه لا يقي من اكتساب فايروسات آسيوية أو أفريقية.

٤ - بالنظر لأن الفايروس من أي نوع كان له أن يتحول مراراً إلى فايروس آخر بخصائص مختلفة، فإنه يقتضي لذلك إعطاء مطاعيم جديدة تتوقع هذا التحول للفايروس كل سنة على أبعد تقدير، إذا أمكن إيجاد مثل هذه المطاعيم.

ومع هذه السلبيات التي لها أن تحدد استعمالات هذا اللقاح الواقى إلا أن استعماله كأسلوب وقائي في أكثر الحالات تعرضاً واحتمالاً باكتساب الفايروس (كأزواج المصابين بالفايروس، أو المرض، ومتعاطي المخدرات بالزرق الوريدي الجماعي) له أن يكون ذا فائدة وقائية هامة.



## حضانة الفيروس وتكاثره :

على نقيض ما كان يعتقد سابقاً بأن الفيروس بعد دخول الجسم يظل بحالة كامنة وغير نشطة، فإن هناك الرأي الآن، وهو الذي تقدم به (Frank Goebel) الأستاذ في جامعة لدويج مكسميليان في ميونيخ في ألمانيا، والذي يفيد بأن الفيروس وهو في دور الكمون يزرع نفسه في الجهاز اللمفاوي حيث يظل يتكاثر فيه عبر عدة سنوات يخرب خلالها البنية الخلوية للجهاز وقيل أن يشق طريقة إلى الدورة الدموية، والفيروس خلال فترة كمونه في الجهاز اللمفاوي هو قليل وبطيء التأثير على خلايا CD<sub>4</sub> اللمفاوية والمعروفة بخلايا (T) المساعدة غير أن تأثيره المدمر على هذه الخلايا يتسارع بعد أن يشق طريقه إلى الدورة الدموية.

## العلاجات :

لم تثبت حتى الآن أية فائدة تذكر للأدوية المستعملة حالياً في تصديها للفيروس، ومن هذه العقاقير: (AZT)، وعقار (ddi) وعقار (ddc)، ويفسر عجز هذه العقاقير في مقاومة الفيروس بأن من طبيعة الفيروس أن يتحول ويستحيل باستمرار إلى فيروس جديد بخصائص جديدة وهو ما يجعله مقاوماً لفعل الدواء. وقد أفاد Anthony Pinching الأستاذ في مستشفى سانت بارثولوميو في لندن بأن العلاجات الثلاثة التي سبق ذكرها لم تحدث أية تأثيرات إيجابية على مرض الأيدز، ولم يكن لها تأثير على احتمالات الموت من المرض، أو على الأقل في تحسين نوعية الحياة للمريض.

ومن التنوعات في أساليب العلاج هو محاولة إعطاء أكثر من دواء واحد في نفس الوقت، ومن الداعين إلى ممارسة هذا الأسلوب العلاجي هو الدكتور (Yung - Kang Chow) من جامعة هارفرد، والذي أفاد بأن لاستعمال هذه الأدوية بالمشاركة له أن يمنع عملية استحالة الفيروس، وأطلق على هذا الأسلوب العلاجي بالعلاج المشترك المتناهي، ومن العقاقير التي استعملت بصورة مشتركة هي (AZT) و (D 4T) و (ddi) و (ddc) و (3 tc).

## أبحاث أخرى :

يقوم العلماء حالياً بالبحث في اتجاهات أخرى تهدف إلى الحيلولة دون توفير الإمكانية للفيروس بالتكاثر، ومن نتائج هذه البحوث توصلوا إلى اكتشاف مادتين بروتينية (زلالية) في بنية الفيروس يعتقد بأنهما ضروريتان لتمكين الفيروس من

استنساخ نفسه والتكاثر، وقد أعطيا اسم (Rcv) و (Tat). غير أن العقاقير التي ركبت من أي من هاتين المادتين لم تفلح حتى الآن في النهي عن استنساخ الفايروس لنفسه، غير أن شركة روش قد توصلت إلى تركيب مادة ناهية تعرف بناهية بروتييز Protease inhibiter، والتي كما يدعي مصطنعوا هذه المادة بأنها قادرة على التأثير على إنتاج انزيم يدعى Protease، والذي بدونه يصبح الفايروس مشوهاً وغير فعال. وقد أفادت إحدى التجارب السريرية في إيطاليا بأن استعمال هذه المادة مع إحدى التجارب السريرية في إيطاليا بأن استعمال هذه المادة مع دواء AZT قد نجم عنه ارتفاع في مستوى خلايا (CD 4) في الدم، وهي تقيحة تبشر بفعل إيجابي على مسيرة المرض، غير أنه ما زال يقتضي أجزاء تجارب أخرى لتقرير ما إذا كان لفعل هذين المركبين معاً تأثير على معدل عمر المصاب.

من الإكتشافات العلاجية المشجعة، هو اكتساب بعض العقاقير التي يعتقد بأن لها أن تكون فعالة في مقاومة الإلتهابات الإنتخازية الناجمة عن نقص مناعة المصاب بمرض الأيدز، ومن هذه العقاقير، عقار أنتجته شركة (Wellcome) باسم (مبرون Mepron)، وفعل هذا العقار هو على الالتهابات الرئيتين من النوع المعروف Pneumocystic carinii و Pneumonia والذي تؤدي الإصابة به إلى وفاة معظم المصابين بمرض الأيدز خاصة في البلدان النامية، ومن الواضح أن جميع هذه العقاقير القديمة منها مثل (AZT)، أو الحديثة التي سبق بيانها ستكون بعيدة عن تناول معظم المصابين في البلدان النامية وذلك بسبب غلائها المفرط، وهو واقع له أن يحرم أكثر من نصف حاملي الفايروس في العالم من إمكانية الاستفادة من التقدم العلمي الحديث في النواحي الوقائية أو العلاجية المتاحة للمصابين في العالم الغربي الأكثر رخاءاً، بقي أن تتحقق التوقعات من الإكتشافات الحديثة، وإن كان هناك من يتشكك في إمكانية التوصل إلى مطاعيم وقائية أو عقاقير علاجية في المستقبل المنظور على الأقل.

### مستقبل مرض الأيدز:

الإصابة بفايروس الأيدز ومرض الأيدز الناجم عن هذه الإصابة هو حدث حديث العهد، ومع أننا نعرف الكثير عن هذا الفايروس وعن المرض الذي يحدثه، إلا أننا ما زلنا لا نعرف الكثير عن هذا المرض. والعلم في الوقت الحاضر غير قادر على تشوف مستقبل مرض لا تعرف عنه جميع الحقائق، غير أن ما نعرفه الآن من حقائق حول الفايروس والمرض له أن ينذر بمستقبل قاتم لبني الإنسان إلا إذا حدثت طفرة علمية تمكن من السيطرة على الفايروس المسبب للمرض ومنع اكتسابه، وهو أمل ما

زال بعيداً وغير منظور في الوقت الحاضر، ذلك أن جميع المعطيات المتوافرة حالياً لا تبشر بقرب حدوث مثل، ثم أن من خصائصه الفريدة أنه يتغير من حال إلى حال وهو في جسم المريض، وله أن يكرر هذا التغيير عدة مرات مما يصعب متابعته والحد منه. ومن الصعوبات التي تعترض أي مسعى لمواجهة الفيروس هي أنه يلتحم مع خلايا الدم المناعية، ول يمكن حتى الآن الإهتداء إلى وجوده حتى مرور بضعة شهور، ويزيد في اليأس من أمر الإصابة به أننا لا نملك حتى الآن أي علاج يوقف مسيرة الفيروس في الجسم، أو يمنع حدوث المرض، كما أننا لم نتوصل بعد إلى وسيلة وقائية مضمونة للوقاية من اكتساب الفيروس وبالتالي الوقوع في المرض، وقد أقرت المحافل العلمية والطبية بالفشل حتى الآن في التوصل إلى مطاعيم تقي من ذلك، أو التوصل إلى علاج مؤثر في مسيرة الفيروس ومرض الأيدز، وهناك من يركن إلى الرأي اليائس بأننا لن نستطيع ذلك أبداً، ومن ناحية أخرى فإننا لا نواجه حالة مرضية محددة في نسبة وقوعها أو في أمكنة انتشارها، أو من طرق هذا الانتشار، فإكتساب الفيروس، ومثله الحالات المرضية الفعلية. تتضاعف كل عشر سنوات على أقل تقدير، وانتشاره قد أصبح عالمي المظاهر، ووسائط انتقاله عديدة، إضافة إلى ارتباط الإصابة بناحية عامة وهامة من طبيعة الحياة الإنسانية. ولعل من أكثر دواعي اليأس والقنوط هو ما يكمن في أن الناس حتى الآن، ومع توافر المعرفة بأخطار الفيروس والمرض على الحياة، إلا أنهم ما زالوا، وبالإلحاح، يقبلون على العلائق الجنسية التي من شأنها أن تكسب الإصابة بالفيروس المسبب للمرض وبدون تحسب أو انقاء، وشأنهم في ذلك شأن بعض (المسهس) الذي يثابر الدوران حول مصدر الضوء الحارق وإلى أن يلامسه ويحترق، ويهلك فيه.

إن وسيلة الوقاية الوحيدة والمضمونة والتي لها أن تمنع اكتساب المرض وبالتالي إنهاء مسيرته في الحياة الإنسانية هي وسيلة يملكها كل إنسان لو أراد استعمالها، وهي وسيلة لا تحتاج إلى مطاعيم واقية أو علاج من أي نوع. وذلك بأن يحرص كل إنسان على علاقاته الجنسية مع شخص واحد لا يتغير. وأن لا يتعداه إلى غيره في أية حال، غير أن هذا الحل هو من الأمور السهلة والمتعة في آن واحد!! . يسهل علينا فهمه. ويمتنع علينا تطبيقه، فالإنسان كما يبدو هو مدفوع بقوة ملزمة للتنوع في العلائق الجنسية ويمثل القوة التي تدفعه للسعي إلى العلاقة الجنسية. وهكذا فإنه لا يبدو هناك من أمل بانحسار موجة انتشار مرض الأيدز في المستقبل المنظور. . . ولعلنا نحتاج إلى المزيد من فيروس الأيدز والإصابة بمرضه. . . فربما يكون في ذلك ما يعطي إنسان

الحاضر والمستقبل الصدمة الكافية لكي يستفيق من سباته. ومثل هذا المزيد حادث الآن، فهناك ما لا يقل عن ٢٥ مليون إصابة بفايروس الأيدز في العالم في الوقت الحاضر، ويتوقع أن يصل الرقم إلى ما بين ٥٠ إلى ١٠٠ مليون إصابة عام ٢٠٠٠، أما الإنسان المعرض فهو ما زال يغط في سباته العميق من الجهل ولسان حاله يقول: إن ما حدث لغيري ليس له أن يحدث لي!! . وهكذا فإن لنا أن نكون واثقين بأن عصر المستقبل - والذي بدأت بوادره - سيسى بالضرورة: عصر الأيدز، أو هو عصر الهلاك بالجنس!! .

## الفصل العشرون

---

### السلوك الجنسي والحاجة للتغيير

● مقدمة.



## الفصل العشرون:

### السلوك الجنسي والحاجة للتغيير:

مقدمة:

يمكن الافتراض بأن السلوك الجنسي في الحياة الإنسانية قد بدأ بصورة طبيعية من العلاقة التي تجمع بين الذكر والأنثى، وفي زمن ما نشأت مؤسسة الزواج أو ما يشابهها، والتي حددت العلاقة في إطار هذه المؤسسة، ويبدو أنه لم يكن هناك بد من خروج الرجل عن حدود هذه العلاقة الزوجية لإرضاء دوافعه ونزواته العارضة، ومن هذه النقطة بدأ أول خروج على النمط الطبيعي في العلائق الجنسية، وما صاحب ذلك من نتائج وملابسات. وفي وقت ما من تاريخ الإنسان الطويل، وجد الإنسان نفسه مدفوعاً بالضرورة أو الرغبة في التنوع إلى اتخاذ مسالكٍ منحرفة في علائقه الجنسية سواء مع أفراد من مثل جنسه، أو من الجنس الآخر، أو من الجنسين معاً، ومع أن التاريخ لا يفيدنا بأزمان وقوع هذه الممارسات ومدى انتشارها في المجتمعات القديمة المختلفة، إلا أن هناك بيانات عديدة عن مجتمعات حضارية عبر التاريخ القديم والحديث والتي تفيد بأن مظاهر الخروج على السلوك الجنسي الطبيعي قد انتشرت في هذه المجتمعات بدرجات متفاوتة، ويتضح من المتابعة التاريخية لهذا الموضوع أن مختلف المجتمعات لم تحاول الحد من هذه الأنماط من السلوك الجنسي، وبأنها لم تجد في أمره ما

يدعو إلى التدخل لتحديده أو إيقافه، وترك الأمر على عواهنه، واستسلم الناس إلى إخفاء حياتهم الجنسية وإلى تجنب الخوض في موضوعها.

ومع أن العلاقات الجنسية الطبيعية منها أو المنحرفة لا تخلوا من اختلاطات وعقابيل مرضية للمشاركين في العلاقات الجنسية، وخاصة الأنثى، فإن هذه الاختلاطات المرضية لم تؤثر في استمرارية العلاقات الجنسية على أغماتها السابقة، ولم يجد الشريك الجنسي، وخاصة الذكر، ما يدفعه إلى تغيير سلوكه الجنسي لغرض تجنب الإصابة بالمرض، أو نقلها لشريكه الجنسية، ومع أن بعد الزمن لا يتيح لنا معرفة الحالات المرضية التي نشأت بسبب العلاقات الجنسية أو نتيجة لها، فإن مما لا شك فيه أن مثل هذه الحالات قد وجدت وانتشرت، غير أننا لا نملك أية بينة تاريخية تفيد بحدوث إصابات مرضية مميّنة وناجمة عن العلاقات الجنسية، باستثناء مرضين: الأول هو مرض الجذام، والذي ظن خطأً لمدة طويلة منذ القرن الخامس عشر بأنه ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية، أما المرض الثاني: فهو مرض الزهري (السفلس)، والذي انتشر في أوروبا بعد عودة كولومبوس من اكتشاف نصف الكرة الغربي، ومع خطر مرض السفلس على الجهاز العصبي والعقل وغيرهما من الأعضاء والأجهزة الجسمية، إلا أن الإحتياطات الوقائية لدرء خطر الإصابة بالعدوى لم تغير كثيراً من نمط العلاقات الجنسية الطبيعية منها وغير الطبيعية، وقد ظهرت في العقود الأخيرة من الزمن، أمراض عديدة تنتقل عن طريق العلاقات الجنسية، ومنها السيلان، وكلاميديا Chlamedia وفيروس B المسبب لإلتهابات الكبد Hepatitis B. Virus. وفيروس الحلاّ البسيط Herpes Simplex Virus، وغيرها من الآفات المرضية التي تصيب مئات الملايين من البشر في أنحاء العالم وتسبب العديد من الحالات المرضية في الأعضاء التناسلية والجنسية وفي أعضاء أخرى من الجسم، وجميع هذه الآفات المرضية وما تتضمنه من أخطار لم تفلح في إجراء تغيير يذكر على العلاقات الجنسية، وبالصورة التي تضمن التخفيف من العدوى بها أو نقلها إلى الغير.

إن القرن الذين نعيش فيه والذي أشرف على الأفول، قد اتسم بخصائص عديدة، فهو قرن العلم، وقرن الذرة، وقرن القلق، وقرن (الحرية) الفردية، وهذه الصفة الأخيرة قد دفعت بالإنسان المعاصر في مسارات مختلفة ليس أقلها وضوحاً هو قلة أو عدم الإلتزام بالمثل العليا المتوارثة، وفي طبيعتها ما يتعلق بحياته الجنسية. وواقع الأمر أن المظهر الأكثر وضوحاً في حرية الإنسان المعاصر تتجلى في تحرره من القيود الجنسية التي سادت حياته الجنسية عبر العصور، غير أن تحرره هذا لم يلتزم بحدود



العقلانية أو الأخلاقية، فتجاوزهما إلى حدود التبذل، وإلى حدود لم يبلغها الإنسان في الحضارات السابقة، والمتأمل أو الباحث في أنماط الحياة الجنسية التي يمارسها الإنسان المعاصر في معظم المجتمعات العالمية له أن يدرك مبلغ الشطط في هذه الناحية، وإلى الحد الذي أفقد الجنس معانيه النفسية الرائعة والسامية، والتي نوهنا عنها في فصول هذا الكتاب، وقد أصبح الجنس بدلاً من ذلك نزوة طارئة وعابرة، ولكنها مفرغة من القيمة الروحية التي ارتبطت بها، وقد نجم عن هذا التدهور في مفهوم الجنس ومحلها من الحياة الإنسانية إلى تهديد المؤسسة الزوجية وما بني عليها من كيان عائلي، وهو تهديد يتضح من ارتفاع نسبة الطلاق في معظم بلدان العالم، وإلى حد راح ينذر بأن الزواج قد أصبح في خطر الزوال في وجه مؤسسة الطلاق أو المعاشرة من نوع أو آخر.

إن الذي حدث نتيجة لما يسمى بالثورة الجنسية، خاصة منذ منتصف هذا القرن، هو ليس بالحدث الذي يقتصر على النواحي الجنسية، بل هو جزء من مجموعة من التحولات التي يعيشها الإنسان المعاصر، والتي نتجت عن ممارسة الإنسان لمفهومه من الحرية والتي راح يتمتع بها ويدون التفتن إلى عواقبها، ويدون التروي لمعرفة الحدود التي يقتضي الوقوف عندها وعدم تجاوزها، ومن فشل الإنسان في إدراك معنى وحدود حرته نشأت الظواهر المفزعة في حياة الإنسان المعاصر والتي راحت تجعل من حرته عبودية وعبثية للتحلل والمرض وحتى الموت، وهو ما يتضح من أهم ظاهرتين في الحياة الإنسانية المعاصرة، وهما تناول العقاقير والإصابة بالأيدز، وكلاهما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحياة الجنسية وطرق ممارستها، وبسبب هاتين الظاهرتين فإن لنا أن نضيف إلى صفات هذا العصر وإلى نعوته بأنه عصر العبث بالعقل (عن طريق الإقبال على تناول العقاقير والمخدرات) وعصر العبث بالحياة الجنسية، وارتباط ذلك بمرض الأيدز، والعبث في الحالتين قد يبدو لأول وهلة لهواً ولعباً، ولكنه هو ولعب راح يجرد الإنسان من هويته الإنسانية، ويدفع به إلى مهاوي الدمار والموت باسم حرته الشخصية.

إن هنالك من يجد فائدة إيجابية في حدوث الثورة الجنسية، ويررون ذلك في أن هذه الثورة قد كشفت نواحي كثيرة ظلت خفية عن الحقائق المتعلقة بهذه الحياة من حيث أهميتها وطبيعتها وانحرافات والأمراض والعلل المرتبطة بها، كما أن هذه الثورة قد أزالَت الكثير من التستر والتحيز للذين حجبا هذه الحياة عن أنظار العلماء والباحثين، غير أن الإنسان يتجاوز لمعاني هذه الثورة، قد اتجه إلى حالات من التطرف في حياته الجنسية، مما قضى على الفوائد الإيجابية التي نجمت أصلاً عن قيام هذه الثورة الجنسية، وخلق له من المشاكل الجديدة التي تفوق في تأثيرها على حياته وحياة المجتمع

حاضراً ومستقبلاً ما يزيد كثيراً على أخطار الجهل بالحياة الجنسية، والتستر عليها والتحيز بشأنها، مما اتصفت به الحياة الجنسية قبل قيام الثورة الجنسية في منتصف هذا القرن .

إن من المظاهر السلبية التي تمخضت عنها الثورة الجنسية هي التسامح المرعب في السلوك الجنسي في أوساط المراهقين من الجنسين، وابتداء من المرحلة الأولى من سن المراهقة، والإمعان في الممارسات الجنسية في مراحل المراهقة التالية، وفي سن الشباب، وتعدد أطراف العلاقات الجنسية للجنسين، وممارسة الجنسية الثنائية وغيرها من الإنحرافات والشواذ الجنسية، وارتباط بعض هذه الممارسات وأصحابها بتناول العقاقير والمستحضرات المؤثرة في العقل وإلى حدود الإدمان عليها، وابتشار هذه الظواهر وإلى مدى لم يحدث له مثيل في التاريخ الإنساني، فلم يكن هنالك بد من أن يدفع الإنسان المعاصر ثمناً باهظاً لهذا التسبب الواضح في حياته الجنسية، وقد تجل ذلك في تأثير هذا السلوك على المؤسسة الزوجية والعائلية، وعلى الحياة الصحية للفرد، وعلى المجتمع بصورة عامة وفي مجالات حياته الإجتماعية والإقتصادية والسياسية والأخلاقية والقانونية، وقد آن الأوان في نظر الكثيرين بأن ثورة مضادة للثورة الجنسية السابقة لا بد لها من أن تتفجر لإصلاح ما حدث من أخطاء وأخطار مدمرة اتصفت بها الثورة الجنسية التسامحية الأولى، ، ولتغيير أنماط السلوك الجنسي الحالية والتي أصبحت تهدد ليس فقط القيم الأساسية والعليا للحياة الجنسية للإنسان، وإنما راحت تهدد الحياة الإنسانية في مجالاتها المختلفة بما في ذلك وجود الإنسان .

إن من الواضح أن المحاولات المختلفة بهدف تغيير مسار الحياة الجنسية المعاصرة لم تفضي إلى نتائج مفيدة حتى الآن، وهو ما توقعه الكثيرون ممن يرون بأن للجنس الغلبة على العقل في المواقف التي يعترض الواحد منها سبيل الآخر، وهناك ما يبرر هذا التوقع، ذلك أن الدافع الجنسي قد اندمج في عقلية الفرد المعاصر، وأصبح بفعالية وقوة لا تسيطر على العقل فحسب وإنما تستخدم العقل لتحقيق غاياتها ولتبرير هذه الغايات، ولم يكن هناك بد في مثل هذا الوضع المتأزم من أن يحدث شيء يوقف الفرد في حالة تأمل لما يحدث بالفعل في حياته بسبب انغماسه وتبذله وامتهانه للقيمة الفعلية لحياته الجنسية، وجاء فايروس الأيدز ليغزو العالم قبل بضعة سنين، لا من العالم الجديد، كما حدث في غزو السفلس، وإنما من عالم ما زال مجهولاً حتى الآن، والذي يفسره بعض أصحاب الآراء الأخلاقية، بأنه آفة أرادها الخالق لبني الإنسان، لكي يتعظوا ويصلحوا من أسورهم وسلوكهم والتي اتخذت مساراً يخالف سنة الحياة وأخلاقياتها، ومهما يكن من أمر مثل هذه الآراء، فإن مما لا شك فيه بأن لما يتهدد

الإنسان المعاصر من خطر بسبب تعرضه للإصابة بمرض الإيدز، وبسبب تعريضه للغير لمثل إصابته، ما يمكن اعتباره جزاء للشطط في سلوكه الجنسي وبالصورة والمدى التي لا يمكن تبريرها بأي حجة أو حاجة، ولما كان لفايروس الإيدز من الخطورة على الحياة الإنسانية بنواحيها المختلفة الصحية والاجتماعية والإقتصادية والسياسية ما ليس لأي مرض أصاب الإنسان حتى الآن، فإن من المنطقي أن يفترض المرء بأن لمثل هذه الخطورة أن توقظ في الإنسان المعاصر الشعور بالمسؤولية الفردية والاجتماعية والتي لها أن تحفزه وتحثه على تغيير أنماط سلوكه الجنسي والتي ساهمت وتساهم في انتشار هذا المرض الفتاك والذي لا بد أن يقضي على من يصاب به عاجلاً أم آجلاً. والسؤال هو: هل حدث مثل هذا التغيير في السلوك وبالقدر الذي يتناسب مع احتمالات خطر الإصابة بالمرض؟، إن الجواب على ذلك هو بالنفي بصورة عامة، مع الإقرار بأن بعض التغيير قد حدث في أساليب الوقاية من الإصابة في الذين يمارسون العلاقات الجنسية المثلية، وأحياناً في الذين يمارسون العلاقات الجنسية الثنائية، وما عدى ذلك فإن تغييراً ذا شأن لم يحدث في العلاقات الجنسية الأخرى، وخاصة في ممارسات المراهقين والذين لا يبدو بأنهم يهابون الوقوع في المرض، وهو الواقع الذي يفسر كون معظم الإصابات بالفايروس وبالمرض تقع في سن المراهقة وسن الشباب.

إن ما يبدو لأول وهلة هو أن الإنسان المعاصر راح يقامر بحياته، وبأن غلبة الجنس على العقل قد تطورت إلى حالة من غلبة الجنس على الحياة، وهو واقع لا يمكن إنكاره، وفيه من الإحتمالات ما يمكن أن يكون أعظم مأساة فردية وجماعية تحمل بالإنسان عبر تاريخه الطويل، فهل لنا أن نتوقع ما ينقذ الإنسان من هذه المحنة الطارئة والتي جلبها لنفسه وهو مفتوح العينين؟، هنالك دائماً الأمل أن يتوصل الإنسان إلى خلق حضارة جديدة تؤمن بمسؤولية الفرد نحو نفسه ونحو الغير، وتحفزه إلى ممارسة كبح جماح دوافعه الجنسية وإلى الحد الذي يمنعه من المجازفة بحياته، وبحياة شركائه في العلاقة الجنسية، وبحياة المواليد الصغار والذين يتعرضون لاحتمالات الإصابة بالمرض، أما متى وكيف تنشأ مثل هذه الحضارة الجنسية الجديدة؟!، فإن ما من أحد يستطيع التنبؤ بشأنها، وقد أفادت تجارب التاريخ بأن من أصعب المهام الحياتية هي المحاولات الرامية إلى تغيير طرق التفكير والشعور التي دأب الناس على التمتع بها، أو تغيير سلوكهم وبالصورة التي تتلاءم مع صالحهم وصالح المجتمع ومستقبل الإنسانية، وحتى تكون مثل هذه الحضارة المسؤولة والملتزمة ممكنة، فإن لنا أن نتوقع - ما توقعه آخرون - في وصول الحياة الإنسانية إلى هوة مدمرة لا فرار منها ولا قرار لها. . .



## الفصل الحادي والعشرون

---

### مستقبل الحياة الجنسية

- مقدمة.
- الإنسان القديم والجنس.
- الإنسان المعاصر والجنس.
- بين الخيار والضرورة.
- مؤسسات الحياة الجنسية عبر العصور.
- تشوق المستقبل.
- مظاهر التحول والمستقبل.
- (١) مناعات الحمل، (٢) التخصيب الصناعي، (٣) مصرف الحيوانات، (٤) نقل الأجنة.
- المؤشرات للمستقبل.
- (١) مؤسسة الزواج، (٢) الطلاق، (٣) التعايش، (٤) الممارسات الجنسية، (ابتداء العلائق الجنسية، الانحراف، الاغتصاب، العدوان الجنسي على الأطفال..
- الأمراض المنتقلة جنسياً.
- النتائج المترتبة.
- هل هناك أمل.



## الفصل الحادي والعشرون:

### مستقبل الحياة الجنسية:

#### مقدمة:

توجه الاهتمام في السنوات الأخيرة إلى تأمل مستقبل الحياة الجنسية الإنسانية، والدافع إلى هذا التأمل هو ما يلاحظ من مظاهر التغيير والانحراف عن الأنماط المألوفة والتقليدية للحياة الجنسية، وإلى الحدود التي راحت تنذر بخطر خروج الحياة الجنسية في طرق وأهداف ممارستها، عن الحدود المعقولة والمقبولة في مجال الحياة الإنسانية، وهو خطره أن يهدد ليس فقط القيم الفعلية للحياة الجنسية، وإنما يهدد أيضاً، وربما بدرجة أكثر شدة، تلك النواحي الحياتية المرتبطة بالحياة الجنسية بصورة وثيقة، كالحياة الزوجية، والعائلية، والإجتماعية، والنفسية، والفكرية، والإبداعية، وغيرها من أوجه الحياة التي بينها في فصول هذا الكتاب.

إن مظاهر التغيير والتطور قد رافقت المسيرة الحياتية للإنسان من أقدم عصوره وحتى الآن، وقد يرى البعض في مظاهر التغيير الحادثة في زمننا الحاضر بأنها عملية تطورية وبأنها في ذلك محاولات من شأنها أن تعطي الحياة الجنسية المعاصرة المفاهيم والمعاني التي يجب أن تكون عليها الحياة الجنسية الصحيحة، وحجتهم في ذلك هي أن

ما يشاهد الآن من اضطراب في الحياة الجنسية ما هو إلا نتيجة للكبت الطويل للطاقت الجنسية في حياة الذكر والأنثى، وليس بسبب التغيير والتطور في حد ذاته، وفي رأيهم أن هذه الموجة العارمة من مظاهر التسامح، وحتى الإنفلات، ما هي إلا ظاهرة مؤقتة لا بد لها من أن تنحسر في المستقبل غير البعيد، وأن تعود بالتالي إلى الإستقرار على مستويات أكثر ملائمة لطبيعة الحياة الإنسانية ولكانة الجنس في هذه الحياة، ويتناقض هذا الرأي مع آراء أولئك الذين يرون في مظاهر التحول والخروج عن ما هو تقليدي وثابت من مسالك ونواميس للحياة الجنسية، بأنه أمر ينذر بالخطورة، وبأن لا أمل في انحساره، وبأنه ليس لنا أن نعيد الإنزلاق الحادث في حياتنا الجنسية إلى مواضعه السابقة. ونحن في غمرة من هذا الصراع في الرأي لا بد لنا من أن ننظر إلى مسيرة الحياة الجنسية في الحياة الإنسانية في ماضيها وحاضرها، وذلك في محاولة للعثور على اتجاهات التغيير الحادثة في الحياة الجنسية، وإذا ما كان التغيير الحادث هو تغيير يعمل في خدمة قيمة الحياة الجنسية في الحياة الإنسانية، أو أنه تغيير من شأنه أن يهدم مقومات الحياة الجنسية وأن يحطم ارتباطات الجنس بالقيم الحياتية العليا.

### الإنسان القديم والجنس:

ربما لا يستطيع أحد بيان الصورة التي كانت عليها الحياة الجنسية للإنسان القديم في بداية تاريخه، وإذا نحن افترضنا بأن الحياة الجنسية للإنسان القديم قد سبقت مؤسسة الزواج، فإن من المنطقي أن نفترض بأن حياته الجنسية كانت حياة عشوائية لا ترتبط بشخص معين أو التزام معين، بمعنى أن الرغبة الجنسية والسعي إلى إرضائها كانت فعالية من أجل ذاتها وبدون ارتباط بمفهوم الحياة الزوجية والعائلية، وفي وقت ما لا يمكن تعيينه تطورت الحياة الجنسية من غمطها العشوائي غير الملتمزم إلى نمط آخر يتسم بالتملك والحيازة والخصوصية، ولعل ذلك كان بداية للمؤسسة الزوجية والعائلية، غير أن من الصعب علينا الآن تصور حدود وخصائص مثل هذه المؤسسة، وفيما إذا كان الهدف من تكوينها هو الإستثمار بشريك جنسي، أو رعاية نتاج هذه الشراكة من الأطفال، أو المحافظة على الحياة بتكاثر أفراد العائلة، ومهما كان الدافع الأساسي لتكوين المؤسسة الزوجية، ومهما كانت سمات وخصائص هذه المؤسسة، فإنها خضعت للكثير من التطوير عبر العصور القديمة المتتالية، واتخذ التطوير مسارات مختلفة في مناطق وحضارات قديمة مختلفة، غير أن التطوير الهام والأساسي قد اتجه نحو إحكام النظام الزوجي والعائلي، وهو النظام الذي ما زال قائماً في الوقت الحاضر في معظم



البلدان والحضارات المعاصرة بما فيها حضارات الأقاليم البدائية.

## الإنسان المعاصر والجنس:

لقد حافظ الإنسان المعاصر على التقاليد المتوارثة في الحياة الجنسية، غير أن هذه المحافظة لم تمنع قيام البعض بالخروج على هذه التقاليد بين الحين والآخر، مما نجم عنه تنوع في الممارسات والمسالك الجنسية، ولم يكن الدافع لهذا التغيير هو الوصول إلى أنماط أكثر صلاحية في الحياة الجنسية بقدر ما هو دافع للتنوع في حد ذاته بحثاً عن وسائل جديدة في التعامل بين الجنسين أو توفير الإرضاء لها، وقد نجم عن هذا السعي ظهور الكثير من التنوع على الرابطة بين الجنسين، وللباحث أن يجد في بعض مظاهر التنوع ما يمكن تبريره وذلك بالنظر لأن الطاقة الجنسية هي قوة عاتية وملحة في حياة معظم الناس، وهي بهذا تدفع صاحبها للإرضاء بشكل ما، وللناس أن يتباينوا في مقادير هذه الطاقة وفي وسائل إرضائها، وفي مدى حاجتهم للتنوع للحصول على أكبر قدر ممكن من الإرضاء. ولم تكن الطاقة الجنسية وحدها هي العامل الدافع للتنوع والتغيير، فالظروف الحياتية من حضارية واجتماعية واقتصادية والتي عاشها ويعيشها الإنسان المعاصر كانت وما زالت عوامل فعالة في عملية التنوع والتغيير، مما أوجب على الكثيرين في مجتمعات مختلفة ضرورة ابتكار أنماط جديدة من السلوك الجنسي ومؤسساته، كالتالي نوردتها في الفقرة التالية.

إن للباحث في أصول الثورة الجنسية المعاصرة، وما أتى عنها من نتائج، أن يجد هذه الأصول في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، فقد ظهر خلال هذه الفترة عدد من المهتمين بالحياة الجنسية الإنسانية، وقد كان لظهورهم خلال فترة من التزمّت الجنسي بمثابة ثورة أولية على المألوف، والذي قضى بضرورة إقصاء الجنس عن ميدان الحياة العامة، وقد كان لردود الفعل، خاصة في أوساط الخاصة من المجتمعات الغربية، فعل أعظم في جلب الإنتباه والإهتمام بالحياة الجنسية الإنسانية من تأثير البادئين في جلب الإهتمام بها، وكان في طليعة المتناولين للحياة الجنسية ومحلها في الحياة الإنسانية العالم النفسي فرويد، والذي خص الناحية الجنسية بفعالية عظيمة في نمو الشخصية وتطورها، وبفعلها في تسبب عمليات الكبت في الصغر، وما لذلك أن يخلقه من صراعات واضطرابات نفسية، وقد عاصر وتلى فرويد العديدون ممن شاركوا في جدلية الجنس ومحله في الحياة الجنسية، أو الذين توجهوا إلى تأكيد أهمية الحياة الجنسية بطرق أخرى من البحث والتعبير الأدبي والأنثروبولوجي، ومن هؤلاء، هافلوك

اليس، ومارجريت ميد، وماري ستوس، ود. هـ. لورنس، وجرمين جرير، ونانسي فرايدي، وقد نجح هؤلاء وغيرهم في توعية جماهيرهم حول أهمية الحياة الجنسية في الحياة، وفي الحاجة إلى تحريرها من القيود المفروضة عليها. ومع أهمية هذا الدور من التوعية في مجال الحياة الجنسية، إلا أن رياح التغيير الفعلي في السلوك الجنسي لم تبدأ بصورة واضحة إلا في مطلع النصف الثاني من هذا القرن، وقد بدأ ذلك في أمريكا وكان ذلك نتيجة لدعوة صريحة قام بها الكاتب والفيلسوف (ماركوزا)، والذي دعى إلى التسامح في التعبير عن الدوافع الجنسية في الصغر، وذلك كأسلوب وقائي للحماية من الإضطرابات النفسية الناجمة عن الكبت الجنسي، وقد كان لهذه الدعوة صدى كبيراً في المحيط الأمريكي، وأدى التسامح الحادث إلى حالة من الانقلاب الجنسي في المجتمع، وتزامن ذلك مع انتشار تعاطي المواد والمستحضرات ومسالك الخروج على العرف والقانون. ومع أن هذه الطفرة قد انحسرت بعض الشيء في السبعينات من هذا القرن، إلا أنها خلفت ورائها جيلاً متبدلاً في حياته الجنسية، وهو ما امتد أيضاً إلى بلدان غربية وشرقية أخرى. ومما ساهم في هذا الإمتداد هي وسائل الإعلام المختلفة ووسائط الترويج المتعددة، والتي اتخذت من موضوع الجنس الشعار الأساسي لنشاطها، وأخيراً ظهر في أفق الحياة الجنسية ما يجلب الإنتباه إلى ثمن هذه الموجة العارمة من التسامح والتبذل الجنسي، وذلك بظهور فيروس وممرض الأيدز، والذي راح يندثر بالخطر العظيم ليس على الحياة الجنسية فحسب، وإنما على الحياة كلها، والعجيب في الأمر هو أنه مع توافر البيئات عن هذا الخطر العظيم، إلا أن الإنسان المعاصر لم ينثني عن ممارساته الجنسية العشوائية والمتبدلة، ولعل في ذلك دلالة على أن الشهوة الجنسية قد أصبحت لدى الكثيرين من الناس في مجتمعات عدة أقوى من الخوف من المرض والموت.

### بين الخيار والضرورة:

لقد اتضح مما أوردناه من مختصر لمسيرة الحياة الجنسية الإنسانية من بدايتها حتى اليوم الحاضر، بأن هذه المسيرة لم تكن دائماً في مسار واحد، غير أنه يلاحظ بأنها اتجهت بصورة خاصة نحو خصوصية الحياة الجنسية، ونحو تبني مؤسسة الزواج، واعتماد هذه المؤسسة كصخرة تبني عليها العائلة والمجتمع بصورة عامة، ومع أن الخروج على هذه المؤسسة قد لَوّن الحياة الجنسية وأدى إلى تنوعها في كافة المجتمعات والأزمان التي عبرها التاريخ الإنساني، إلا أن حجم هذا الخروج ودرجة تنوعه لم يصل إلى حدود العبث بالمؤسسة الزوجية والعائلية وتهديد بقائها إلا في العصر الحالي، وخاصة في

النصف الثاني من هذا القرن، ولقد اتضح مما أوردناه من ملامح الحياة الجنسية في الوقت الحاضر في بعض المجتمعات بأن الأنماط الحديثة من السلوك الجنسي من مؤسسات وتنوع وتفنن قد راحت تحدث العبث والتخريب، وبصورة جذرية، في مفهوم الحياة الجنسية، والمؤسسات المرتبطة بها.

لقد برر الكثيرون الواقع الحالي للحياة الجنسية بأنه بمثابة رد فعل للكبت الجنسي الذي افترض بأن الإنسان قد عانى منه لعصور طويلة، وعلله آخرون بأنه يعبر عن تواق الفرد المعاصر للتحرر من قيود التزمته والإنقياد إلى واقع حرمه من حق التمتع بالحرية في ممارسة واختيار الحياة الجنسية التي اختارها لنفسه، وآخرون يجدون بما يحدث حالياً بأنه يمثل إلى حد غير قليل طموحات الأنثى بالتمتع بالمساواة مع الذكر في الحقوق الحياتية، وفي مقدمتها الحقوق الجنسية، والتي طالما افترض الذكر بأنها - أي الأنثى - إنما هي مجرد أداة مطاوعة لرغبات الذكر ونزواته، وهو افتراض حرم الأنثى بالضرورة من التمتع بحياتها الجنسية بالصورة التي تضمن لها الرضا والقناعة وتقدير الذات.

إن للباحث في هذه الآراء له أن يجد بعض المبررات لمظاهر الثورة الجنسية المعاصرة، غير أن له أن يجد بأن هذه الثورة قد تجاوزت أهدافها تحت ستار تصحيح المسيرة، وإلى الحد الذي أصبح فيه التسبب الجنسي والإنغماس فيه المسار الأسهل وروداً واتباعاً، وآل الجنس بذلك إلى دافع غير مقيد بأي نوع أو قدر من الإلتزام، وأصبح بذلك قوة مسيطرة على تفكير وعاطفة الجيل الجديد وبدون ارتباط بأي ناحية أخرى خلاقة في حياة الفرد. وهناك من ينظر إلى مستقبل الحياة الجنسية الإنسانية بأنه مستقبل أقرب ما يكون لمن لا مستقبل له، وبأن انسان المستقبل ربما كان على طريق الوصول إلى حالة حياتية لا يستطيع فيه الاستدلال على من هو ابنه بثقة ويقين، وحتى لو عرف ذلك، فإن الأمر سيكون سيئاً عنده، وبوصوله إلى هذه المرحلة من التسبب الجنسي فإن أمره سيكون كالمدمن العابث بعقله، لا هم له إلا بمواصلة العبث به، وحتى لو استفاق يوماً على إدمانه، فإن عودته إليه ستكون تحقيقاً للمثل القائل: (وداوني بالتي كانت هي الداء).

إن حياة الإنسان الجنسية قد خصت بالكثير من الخصائص والمقومات، والتي وجدت فعلها في كل ناحية من نواحي الحياة الإنسانية والقيم العليا لهذه الحياة، ومما لا شك فيه أن امتهان هذه الحياة سيفقد الإنسان جميع القيم التي انبعثت عن هذه الطاقة العجيبة في الحياة الإنسانية، وإذا ما آل مصير هذه الطاقة إلى هذا الحد، فإنه سيتعذر عليه إيجاد طاقة أخرى تعوض عنها.

إن التساؤل الذي لا بد منه هو فيما إذا كان الإنسان المعاصر قادراً على إيقاف مسيرة العبت والتدهور في الحياة الجنسية؟ وهو تساؤل يثير الآن الكثير من الهم والقلق في أوساط واسعة، وفي رأينا هو أن هذه المسيرة ستزداد عبثاً وتدهوراً، وما في النهاج التي أوردناها إلا بعض الدليل المنبئ بما سيأتي، وما سيأتي إنما سيكون برهاناً بأن الإنسان قد اختار الحرية الجنسية، غير أنه سيكون عاجزاً في المستقبل على الحد من هذه الحرية التي اختارها لنفسه، وفي هذا مأساته.

### مؤسسات الحياة الجنسية عبر العصور:

لقد مارس الإنسان عبر تاريخه الطويل كل ما يمكن أن يخطر بباله من ضروب المسالك الجنسية، وانتهج مختلف الطرق للتعاش مع شريكه الجنسي، ويتضح من بيان هذه المسالك والطرق التي وقعت عليها تجاربه في الماضي بأن من الصعب الزيادة عليها في الحاضر أو المستقبل، فهو قد مارس الحياة الجنسية بالطرق التالية: -

١ - الأسلوب العشوائي والذي جمع بين الذكر والأنثى بصورة عارضة لا التزام فيها، وكان الذكر صياد يصطاد فريسته، وهو النمط الذي يفترض أن الإنسان القديم قد مارسه.

٢ - أسلوب الحيازة، وهو الذي يتمثل في الإبقاء قسراً على الشريكة الجنسية وكأنها ملك له، وهو نمط يمكن اعتباره تطوراً على الأسلوب العشوائي الذي لا يقضي ببقاء الشريكة الجنسية أو الإلتزام بها.

٣ - الزواج الفردي وهو الإلتزام بشراكة زوجية بين رجل وأنثى على مدى حياتهما.

٤ - الزواج المتعدد والذي يتخذ فيه الذكر أكثر من زوجة واحدة وبدون قيود على التعدد.

٥ - زواج الأنثى من عدة أزواج في وقت واحد، وهي ممارسة ما زالت قائمة في بعض أقطار آسيا.

٦ - زواج المتعة، وهو الزواج الذي لا يفرض التزاماً دائماً بالمعنى المألوف.

٧ - زواج الأبوة الفردية، وهو الزواج الذي يهدف إلى تحقيق الأولاد وليس إلى تحقيق الأزواج.

- ٨ - العزوبية، وهي الإنصراف عن الإرتباط بحياة الزوجية مع الإبقاء على العلاقة الجنسية غير المقيدة بأي ارتباط من الطرفين.
- ٩ - التعايش، وهي الرابطة بين الجنسين بدون قيود الزواج ومسؤولياته، وهي ممارسات آخذة في الإنتشار في الكثير من البلدان خاصة الأقطار الأمريكية والأوروبية.
- ١٠ - التعايش الجماعي، وهو نمط التعايش في مستوطنات لا يتوافر فيها التفريق في الملكية بما في ذلك العلائق الجنسية. وفي بعض هذه المؤسسات يترك للأثنى أن تنسب الطفل المولود من علاقة جنسية عشوائية إلى ما تفضله من بين معاشريها.
- ١١ - الحياة الزوجية التي تسمح للزوج بأن يدفع بزوجه لمعاشرة رجل آخر عرف بالبنالة والشجاعة وذلك طمعا بالحصول على أولاد يتسمون بهذه السمات.
- ١٢ - الحياة الزوجية التي تسمح للعلائق الجنسية بالمقابل مع زوجين آخرين.
- ١٣ - الحياة الزوجية الحرة، والتي تسمح للزوجين بحرية الممارسة الجنسية مع أناس من خارج المجال الزوجي.
- ١٤ - ممارسة المحرمات الجنسية على أنواعها.

### تشوف المستقبل:

لا يمكن للباحث أن يتشوف المستقبل إلا من واقع الحاضر ودلالاته، ومن هذا المنطلق يمكن تصور ما سيكون عليه حال الحياة الجنسية في المستقبل غير البعيد، ومع ذلك، فإن لطوارئء بالغة الشدة كالحروب والمجاعة والمرض أن تغيير من معالم الحياة الجنسية بصورة غير متوقعة، وإذا نحن استثنينا هذه الإمكانيات، فإن ما يمكن أن يحدث في المستقبل سيكون نتيجة لفعل عاملين أساسيين متضادين ومتصارعين، أولهما هو عامل المحافظة على التقاليد الإنسانية التي اعتمدت مؤسسة الزواج الدائم كنموذج للحياة الجنسية الصالحة، أما العامل الثاني، فهو عامل الردة على هذا النموذج، والمهادف إلى تحرير الحياة الجنسية من القيود التقليدية التي فرضت على طرق التعبير عن هذه الحياة، ومع أن من الواضح بأن الكثير من التغيير والتطوير والتجاوز قد حدث على المسالك الجنسية في عصرنا الحالي وإلى حدود التبذل والإنفلات في الكثير من المجتمعات، مما له أن يفيد بغلبة حركة الردة على قواعد الممارسة التقليدية، إلا أنه ما زالت هناك نماذج من الحياة الجنسية ومؤسساتها والتي أما ظلت ثابتة في وجه حركة

التحرر الجنسي، أو أنها تصارع بقوة للبقاء في وجه تحديات حركة التحرر هذه، والمتابع لمسيرة الصراع بين العاملين التقليدي والتحرري، لا بد له من أن يخلص إلى القناعة بأن القوى التقليدية المحافظة على خصوصية الحياة الجنسية قد أخذت، خاصة في النصف الثاني من هذا القرن، بالتقهقر المتواصل في وجه عوامل التحرر والتعرية، والتي تتسم بها حركة إطلاق الحياة الجنسية من ضوابطها التقليدية، والسؤال الآن هو إلى أي مسيرة ومصير تتجه الآن الحياة الجنسية، وما سيكون عليه حال هذه الحياة في القرن القادم؟!

إن المؤشرات كلها تفيد بغلبة الدوافع الجنسية في حد ذاتها على أي اعتبارات أخرى معنوية أو أخلاقية أو اجتماعية، وبأن هذه الغلبة هي في تزايد مستمر، وقد لا يكون في ذلك خطراً آنياً أو مباشراً على الحياة الجنسية في حد ذاتها من حيث أنها طاقة تحتاج إلى إطلاق وتبديد، غير أن نتائجها لها أن تكون مفزعة، فهي تسهل الإسراف في طاقة قابلة للإستنزاف بدون رجعة، ثم إن ما تبين من ارتباطها بالعديد من الأمراض المنتقلة جنسياً نتيجة التعدد في العلاقات الجنسية مع شراكات مختلفة وموؤدة - كما هو الحال في الإصابة بفايروس الإيدز ومرض الإيدز الذي راح يجتاح مناطق عديدة في العالم، ولعل الأهم من كل ذلك ما هو مائل من خطر تفكك الحياة العائلية، وضعف الرابطة الجنسية في ظل الحياة الزوجية، ولهذا الأخطاء كلها أن تتجمع بقوة مدمرة لكل ما هو قائم من أهمية وقيمة للحياة الجنسية الإنسانية. وتأمل هذا الواقع واحتمالاته المستقبلية له أن يفيد بوضوح بأن الخطورة لا تقف عند حدود التأثير المدمر على الحياة الجنسية، وإنما تتعداه إلى مجالات أخرى ترتبط بالقيم الحياتية العظمى، ذلك أن الإنصراف إلى الجنس بصورة مطلقة ليس له أن يطلق الجنس من قيوده فحسب، بل أن له أن يجعل من الفرد عبداً للدافع الجنسي، حاله في ذلك حال المدمن على شيء لا يستطيع تركه أو التقليل منه، ومصيره لذلك لا بد أن يكون كمصير المدمن الذي يشغل طوال يومه بما أدمن عليه، وعلى حساب كل نشاط عملي أو فكري أو اجتماعي.

إن الإنحراف في المسالك الجنسية قد وقع حتى الآن في معظمه في فئة الذكور من الناس سواء قبل الزواج أو خلال فترة الزواج، وقد راح هذا الواقع يشجع فئة الإناث أيضاً، واللواتي رحن يبحثن على عين الحقوق التي يتمتع بها الذكور، ويمكن الإفتراض بأن هذا البحث لم يأتي نتيجة للمساواة في التقاليد، وإنما وبدرجة كبيرة نتيجة لإمتهان الأنثى في علائقتها مع الرجل، وهي لا يمكن أن تلام إذا ما نزعتم إلى استقلالية وتحرر في حياتها الجنسية، حالها في ذلك حال الرجل، وهذا واقع أخذ في التزايد والوضوح في

الكثير من المجتمعات المعاصرة، ونحن كغيرنا نجد في ذلك خطراً على الحياة الجنسية والحياة الإنسانية، والذي يزيد كثيراً على الخطر الحادث والمرتبب مستقبلاً من سعي الذكور إلى التمتع بما يعتبرونه محرراً جنسياً. ومن الواضح بأن الأنثى - قبل الزواج وبعده، إذا ما تمتعت بنفس القدر من الحرية الجنسية وتنوع المشاركة الجنسية كذلك التي يتمتع بها الذكر في العالم أجمع، فإن هناك احتمالاً أكبر بأن يؤدي ذلك إلى فساد النظام الزوجي والعائلي والقائمين أصلاً على أسس من الحصر والخصوصية والالتزام، وهناك كما هو معروف اتجاه واسع نحو هذا المصير، والذي يتضح من النسب العالية والمتزايدة من التفريق الزوجي والطلاق، وعمليات الإجهاض، وتناقص المواليد، وما تفيد به الدراسات من تخلخل الحياة العائلية والتسامح والإنفلات الجنسي قبل الزواج وبعده في حياة الذكور والإناث على حد سواء، والذي يخشى هو أننا نسير بخطى حثيثة ومتسارعة نحو واقع حياتي يكون فيه الجنس المهم المسيطر على حياة الإنسان من الجنسين، وأن يقترن ذلك بشعور الجنسين بأن الدافع الجنسي وإرضاءه يبرران السعي إلى هذا الإرضاء أينما كان وبأي طريقة كانت، وبدون اعتبار لأي قيود، وإذا ما وصل الإنسان إلى هذا المفهوم للجنس، فإن الأمر يصبح كالطعام سيان تناوله الفرد في بيته أو في المطاعم المنتشرة، وهكذا تفرغ الحياة الجنسية من محتواها الإنساني بأبعاده المختلفة من زوجية وعائلية واجتماعية ونفسية ومعنوية.

إن المتابع لمعالم وآثار الثورة الجنسية القائمة حالياً في بلدان العالم الغربي وإلى حد لا يقل كثيراً عن ذلك في بعض البلدان الشرقية، يدرك بأن من أهم آثار هذه الثورة - إذا صح اعتبار التسامح الجنسي والإنفلات في مسالكة ثورة - هو خلو الحياة الجنسية المتزايد من فعل وتأثير على وسائل الخلق والإبداع في المجالات الأدبية والفنية والفكرية، وليس هناك من شك بأن الإمعان في التحرر الجنسي سيؤدي حتماً إلى خفض القيمة النفسية والإبداعية للمشاعر الجنسية، وهو ما له أن يفرز الرغبة والممارسة الجنسية عن ارتباطاتها الوثيقة بجميع مظاهر الحياة الإنسانية، - والتي حاولنا بيانها في هذا الكتاب - وسيكون في هذا المصير كارثة للحياة الإنسانية، وسيعجز انسان المستقبل القريب عن إيجاد بديل للحياة الجنسية مما له المقدرة على ربط الحياة الجنسية بالقيم العليا في الحياة، ولمثل هذا العجز في إيجاد البديل الفعال أن يؤدي إلى افقار الحياة الإنسانية من أهم الدوافع المحركة نحو كل ما هو جميل وخلاف وإبداعي في الحياة، وللمرء أن يتوقع ذلك الزمن غير البعيد والذي تخلو فيه الحياة الجنسية من عاطفة حقيقية خلاقة وأن تؤول إلى مجرد عملية فيزيولوجية صماء أشبه ما تكون بما جاء في وصف أحد أبطال رواية

لأندرية موروا قبل خمسين عاماً والذي ساوى فيها بين العملية الجنسية ونشاط إفراغ المثانة بالتبول ليس إلا... والخطر أن ينتشر هذا الشعور والمفهوم لحياتنا الجنسية ويصبح النمط السائد لحياتنا الجنسية.

### مظاهر التحول والمستقبل :

ظهرت في النصف الثاني من هذا القرن عدة تقنيات والتي إذا ما طبقت بدرجة واسعة في المستقبل لها أن تحدث إخلالاً عظيماً بمفهوم الحياة الجنسية وما يرتبط بهذا المفهوم من أوجه الحياة المختلفة في العلاقات التي ما زالت حالياً تربط بين الذكر والأنثى وخاصة في مؤسسة الزواج والعائلة، ومع أن هذه التقنيات ما زالت في معظمها حتى الآن تقنيات تجريبية ومحدودة الانتشار، إلا أن ما من أحد يستطيع تشوف مصير هذه التقنيات أو الجزم بأنها لن تكون بمثابة الأنماط الجديدة للعلاقة بين الجنسين، في المستقبل، وفيما يلي بعض أهم هذه التقنيات :

### مانعات الحمل :

محاولات منع الحمل بدأت منذ عهود طويلة، ولعلها بدأت باستعمال المستحضرات من أعشاب ومواد وعقاقير، وتطورت بعد ذلك باستعمال الوسائط الموضعية في الإناث، والرفال في الذكور، وأخيراً باستعمال المركبات المانعة للحمل لتناول الإناث، ومثلها لمنع الذكور من الإخصاب خلال فترة فعل مثل هذه المركبات، ومع أن الهدف الظاهر من استعمال هذه المانعات هو تحديد النسل بصورة عامة أو لفترات معينة، أو لظروف معينة (خارج العلاقة الزوجية)، إلا أن هذه التقنية قد وضعت بالواقع تفريقاً بين الجنس كأداة للتكاثر، وبين الجنس كأداة للمتعة، وقد نجم عن هذا الفصل بين الأدوات أن الجنس كأداة للمتعة قد تغلب على الجنس كأداة للتكاثر وبناء العائلة، ومع أنه لا يمكن الاعتراض على مبررات تحديد النسل كوسيلة لتنظيم الأسرة، وخاصة في ظروف طبية واقتصادية واجتماعية معينة، إلا أن للتوسع في مثل هذه التبريرات أن يؤدي في النهاية إلى نتائج عكسية لا تخدم المسيرة الإنسانية.

### التخصيب الصناعي :

يقصد بهذه التقنية عملية إدخال الحيونات إلى مهبل الأنثى عن غير أسلوب العلاقة الجنسية بين الذكر والأنثى، وبذلك يمكن أن تتحقق إمكانية حمل الإنثى بواسطة غير إنسانية، وقد كان لهذه التقنية فعلها الإيجابي والإنساني، وذلك لأنها مكنت



من التغلب على بعض الموانع التي تعترض عملية التخصيب لكل من الإناث والذكور، إلا أن من سلبيات تطبيق هذه التقنية هي عندما تستعمل حيوانات ذكر غير الزوج في عملية التخصيب، ذلك أن لهذا الإجراء أن ينتهي بإنجاب لطفل نصفه من وراثته الأم والنصف الثاني من وراثته غريبة، وهو ما يخلق هوية جديدة ذات انتهاء ناقص للعائلة، وما لذلك أن يجر إليه من مشاكل زوجية وعائلية، وإذا أدركنا بأن ما يزيد على واحد في المئة من الولادات في البلدان الغربية وخاصة في الولايات المتحدة، تتحقق عن طريق التخصيب الصناعي بهذه التقنية، فإن هناك خطراً في أن تزداد هذه النسبة مع الزمن، وخاصة إذا كانت حيوانات الذكر من مصدر آخر غير الزوج الشرعي للأنتى، وما لهذه الزيادة أن تحدته من تخلخل في الحياة الزوجية والعائلية في المستقبل، وهو احتمال لا يمكن التقليل منه.

#### مصرف الحيمينات (النفطات):

يعني بهذا المصطلح، الإحفاظ بنطفة الذكر في خزين مبرد، واستعمال عينات من هذا المخزون عند الحاجة، ومن ذلك، احتفاظ الذكر بهذا المخزون واستعماله في الوقت اللازم لتخصيب زوجته لغرض انجاب طفل جديد خاصة إذا أصبح عاجزاً بسبب المرض أو الإجراء الجراحي أو العلاجي عن تخصيب زوجته مباشرة، ومع أن هذه التقنية مبرراتها الطبية والإنسانية، إلا أن الخطورة تكمن في إنشاء مصارف للنطف (الحيمنات) والتي يحتفظ فيها بعينات من مختلف مصادر النطف، وهو ما هو قائم الآن في بعض البلدان الغربية، ومن الطريف أن أحد المؤسسين لمثل هذه المصارف (روبرت جراهام) قد أسس مصرفاً كهذا في كاليفورنيا عام ١٩٨٠، وراح يجمع نطفات من بعض الحائزين على جوائز نوبل وبييعها للإناث الراغبات في أطفال من آباء نابغين بناحية أو أخرى من نواحي المعرفة، وقد أفادت وسائل الإعلام (١٩٩٢) بأن طبيباً جراحاً قد أجرى العديد من تقنيات التخصيب الصناعي باستعمال مصدر واحد، وهو مادته المنوية، وقد أدين هذا السلوك وحكم عليه بالسجن في الولايات المتحدة، ولعل من المفيد أن نذكر بأن عملية التخصيب الصناعي قد تمت أولاً في الحيوانات، بما في ذلك استعمال التخزين المجمد بنطف الذكور المختارة منها، وذلك بهدف الحصول على أفضل نسل ممكن، كما ونذكر بهذه المناسبة ما أفادت به بعض الروايات عن عصر الجاهلية من أن بعض الذكور كانوا يدفعون بزوجاتهم لجماع مع أفراد عرفوا بالبسالة والشدة، وذلك طمعاً في إنجاب أطفال يتمتعون بهذه الصفات، هذا في الماضي، أما في المستقبل فما من أحد يستطيع التنبؤ بالمدى الذي يمكن فيه لأنسان المستقبل، من

ذكر أو أنثى، أن يذهب إليه في استعمال هذه التقنيات التي لها أن تغير بصورة واضحة من معالم الحياة الجنسية في نطاق الحياة الزوجية والعائلية والاجتماعية، كما أن لمثل هذه التقنيات أن يتطور استعمالها بهدف إنتاج عينات إنسانية تتصف بمزايا معينة وهو احتمال تناوله الكاتب المعروف الدوس هكسلي، في منتصف هذا القرن في كتابه الموسوم (عالم جديد شجاع Brave New World وهو مستقبل محتمل خاصة وإننا نعيش الآن في خضم تقدم علمي واسع وخطير، وهو عالم الهندسة الوراثية، ولدخول الإنسان لهذا العالم أن يجلب الكثير من المنافع الوقائية في مجال الصحة العامة، غير أن للإمعان فيه أن يؤدي إلى تغيير هائل لا تحمد عقباه، في الطبيعة الإنسانية، وهو احتمال لا يمكن التقليل من شأنه أيضاً.

### نقل الأجنة:

تتضمن هذه التقنية نقل الجنين من بطن أمه في وقت مبكر من الحمل (بعد تخصيب البويضة) إلى رحم أنثى ثانية ليتابع الجنين نموه في بطنها وحتى ولادته، وتستعمل هذه التقنية في أولئك الإناث اللواتي لا يستطعن مواصلة الحمل لأسباب صحية جسمية أو نفسية، وقد أعانت هذه التقنية الكثيرات من النساء على الحصول على أطفال من نسلهن ولكن بالتنمية في أرحام أمهات بالوكالة، غير أن مخاطر هذه التقنية لها أن تكون مفرطة، فقد أفادت التجارب بأن بعض الأمهات (بالوكالة) أما يتشبثن بالطفل بعد الولادة، أو برفض التخلي عنه لأمه الأصلية، وهناك أيضاً مسألة من يتحمل مسؤولية أي إعاقة أو تشويه لها أن تحدث في الطفل أثناء حمله بالوكالة، إلى غير ذلك من التعقيدات، وعلى كل حال فإن هذه التقنية لا يحتمل أن تسبب في المستقبل أية مضاعفات للحياة الجنسية أو مؤسسة الحياة الزوجية والعائلية، ومثل ذلك ينطبق على تقنية مشابهة تقريباً وهي تخصيب بويضة الأم بنطفة من الذكر في انبوب اختباري، ثم نقل الكائن الصغير إلى رحم أمه وزرعه فيه لينمو بصورة طبيعية.

### التنسيل:

هذه التقنية تتضمن استبدال نواة بويضة من الأنثى بنواة خلية جسمية من شخص متبرع أو والد، وهذا يؤدي إلى إنتاج فرد من خلية واحدة، فاستبدال نواة البويضة بنواة خلية جسمية من متبرع يؤدي إلى إنتاج جنين يماثل في وراثته وراثته المتبرع بصورة كاملة، ذلك أن إنتاجه لا يتطلب نطفة من الذكر، ويتضح من مفهوم هذه التقنية بأن بالإمكان إنتاج أعداد لا حد لها من المواليد الذين يتماثلون في جميع

خصائصهم مع خصائص المتبرع والذي أخذت نويات الخلايا الجسمية من جسده ونقلت إلى الأمهات اللواتي نزعت النوبات من بويضاتهن، هذا وقد تم التنسيل بهذه الطريقة بنجاح في التجارب الحيوانية على الفئران، غير أن التقنية لم تطبق بعد على الإنسان، ولنجاح هذه التقنية أن يكون ذا أثر بالغ الخطورة على مستقبل الحياة الإنسانية سواء أدت تقنية التنسيل إلى تكثير آلاف العاقرة أو آلاف المتخلفين، ومن تفرعات تقنية التنسيل ما يحاوله العلماء الآن لإيجاد تقنية تمكن من تقرير هوية الجنين بالصورة المرغوبة ذكراً أو أنثى، وهو توجه علمي له أن يرضي بعض الراغبين في جنس أو آخر، غير أن لهذا التوجه أن يؤدي إلى الإخلال في البنية الاجتماعية المتوازنة بين الجنسين في الحياة الإنسانية.

إن هذه التقنيات أن تنتشر وتتطور، ولها أن تكون في بعض الحالات ذات فوائد إيجابية في المجالات الطبية والإنسانية، غير أن إساءة استعمالها بدافع أو آخر قد يكون الدافع الأكثر سيطرة على السلوك الإنساني في المستقبل، وبهذه يصبح الأمر كتناول العقاقير والمستحضرات والتي لتناولها بإرشادات وقيود طبية بعض الفوائد الطبية، غير أن إساءة استعمالها يؤدي إلى الاعتماد عليها مما ينتهي بالعبث الخطير في كل من العقل والجسم للمتعاطين لها.

### المؤشرات للمستقبل :

يمكن تشوف مستقبل الحياة الجنسية، وما يترتب بذلك من مسالك في ممارسة هذه الحياة من جانب، وما يتوافر من تأثيرات لهذه المسالك على أوجه الحياة المختلفة من جانب آخر، وذلك من مظاهر التغيير الحادثة في الحياة الجنسية خلال القرن الحالي، وبوجه خاص في النصف الأخير من هذا القرن، وهي الفترة الزمنية التي شهدت فيها المسيرة التاريخية للحياة الجنسية تغييراً لا مثيل له عبر تاريخ الإنسان الطويل، ومع أن تاريخ الحياة الجنسية للإنسان قد شهد الكثير من سمات التغيير والتنوع عبر عصور التاريخ في مجتمعات متعددة، إلا أن ما حدث في الماضي من تغيير وتنوع لا يمكن أن يقاس من حيث حجمه ومن حيث تأثيراته، بما هو حادث في الوقت الحاضر في معظم المجتمعات الإنسانية، وإذا نحن اعتمدنا الواقع الحالي للسلوك الجنسي الإنساني كأساس ومؤشر لما سيأتي تغيير وتطوير في المستقبل، وهناك ما يبرر هذا الاعتبار، فإن لنا أن نتشوف مستقبلاً قائماً لمكانة الحياة الجنسية في الحياة، ليس فقط بوصفها حاجة ومتعة في حياة الإنسان، وإنما لنفاذها إلى أوجه الحياة الأخرى، وهو النفاذ الأكثر

تهديداً بالخطر، مما يهدد بالتالي بإحداث تغيرات جذرية وسلبية في مقومات الحياة الإنسانية ومستقبل هذه الحياة. ونحن فيما يلي نعطي بعض الحقائق عن السلوك الجنسي المعاصر، وهي حقائق ربما كانت أقل بكثير مما هو واقع بالفعل في بعض المجتمعات، ولعل مما يثير الكثير من الفرع والتحسب هو أن مظاهر التغير الحادثة، وحجم هذا التغير هما آخذان بالتزايد بصورة سريعة، وبالإنتشار في معظم الأقطار، وبدون اعتبار للحدود والفروق بين هذه المجتمعات، وذلك إلى الحد الذي أصبح فيه المعاش لسنوات منتصف هذا القرن لا يستطيع التعرف على ما كان عليه الحال في ذلك الزمن.

### مؤسسة الزواج:

تبين الإحصائيات في العالم أجمع بأن سن الزواج قد أخذ بتزايد العمر عند الزواج بين الجنسين، ومع أن هذه الزيادة تبرر أحياناً بأسباب اقتصادية وتعليمية، إلا أنها أصبحت تمثل أيضاً صدوداً عن الحياة الزوجية والتزاماتها، وذلك نتيجة لاختفاء الشباب بالممارسات الجنسية المتيسرة خارج مؤسسة الزواج وارتباطاتها. ويتضح هذا الصدوف أيضاً من أن حوالي ١٠٪ من الشباب لا يتزوجون أبداً، و ١٠٪ آخرون يتزوجون ولا ينجبون أولاداً، ولعل مما يؤشر إلى مدى تزعرع الحياة الزوجية هو أما أفادت به دراسة استيانية حديثة في أمريكا والتي تبين بأن أكثر من ثلث المتزوجات من طالبات الجامعات و ٤٥٪ من الطلاب المتزوجين لم يستبعدوا احتمال زواجهم لمرة أخرى في المستقبل.

### الطلاق:

لم يعرف التاريخ حتى الآن مثل ما هو حادث الآن بشأن الطلاق، ففي أمريكا مثلاً، تفيد الإحصائيات بأن زيجة واحد من كل زيجتين تنتهي بالطلاق. وبأن عدد حالات الطلاق في العام الواحد تقارب المليون حالة، وهذا يعني بأن نصف أطفال الولايات المتحدة يعيشون في ظل والد واحد فقط لفترة ما في حياتهم. . . ومثل هذا الواقع له أن يخل بالحياة العائلية أكثر من أي واقع آخر، وتفيد إحصائيات أخرى من المملكة المتحدة بأن زيجة من كل ثلاثة زيجات تنتهي بالطلاق.

### التعايش:

التعايش كما سبق وأوضحنا، هو حالة الجمع بين الذكر والأنثى في سكن واحد،

مع المشاركة الجنسية الكاملة، ولكن بدون توافر رابطة زوجية قانونية، وأفادت الإحصائيات بأن هذا النمط من الحياة قد شمل نصف مليون شراكة تعايشية في عقد الستينات من الولايات المتحدة. وارتفع في منتصف الثمانينات إلى مليوني من أزواج التعايش، ويقدر الآن بما يقارب الثلاثة ملايين، ومع أن نسبة من هذه الحالات تنتهي بالزواج، إلا أن غالبيتها أما تظل على صورة تعايش، أو التخلي واستبدال الشريك بتجربة تعايش مع شريك آخر.

### الممارسات الجنسية:

تفيد البحوث حول أنماط الممارسات الجنسية، بأن تحولاً هائلاً قد حدث في غمط هذه الممارسات سواء كانت ضمن المجال الطبيعي أو الإنحرافي، وفيما يلي بعض مظاهر هذا التحول في المجالين (كما أفادت به دراسات في المجتمع الأمريكي، وأوروبا الغربية).

### المجال الطبيعي:

#### بداية العلاقات الجنسية:

أفادت بعض الاستطلاعات من بعض البلدان الغربية بأمر الذكور والإناث راحوا يفقدون بكارتهم في سن أصغر بكثير مما كان عليه الحال في منتصف هذا القرن، ويبدأ ذلك في سن البلوغ (المرحلة الأولى من سن المراهقة)، كما أفادت بأن ٩٩٪ من الفتيات قد فقدن بكارتهن ببلوغهن سن السابعة عشرة، وهو واقع يمثل قفزة كبيرة بالمقارنة مع ما كان عليه الحال حتى قبل عشر سنوات.

#### تعدد الشركاء في العلاقات الجنسية:

أفادت دراسة حديثة في بريطانيا (١٩٩٢) حول أنماط السلوك الجنسي في المملكة المتحدة بأن الإناث بين (١٦ - ٢٤)، قد عاشن جنسياً الأعداد التالية من الذكور.

٢٠,٧٪	لم يعاشرن أحد
٢٧,٠٪	مع ذكر واحد
١٤,٧٪	مع اثنين
١٨,٨٪	مع ٣، ٤

١٤,١

%٤,٦

مع ٥,٦

مع ١٠ أو يزيد

وبالمقارنة مع دراسة فرنسية حديثة مماثلة (١٩٩٢) على إناث من نفس الفئة من الأعمار تبين بأن نسبة أعلى من الفتيات الفرنسيات يبقين في حالة عذرية بالمقارنة مع الفتيات في بريطانيا، كما أن نسبة عدد الشركاء الجنسيين كانت أقل بكثير من نسبتها في بريطانيا مما يدل على درجة أعظم من التبذل الجنسي هناك.

### المجال الإنحرافي:

مع أن من المتعذر الحصول على بيانات موثوقة حول سلوك الإنحراف الجنسي، وذلك بسبب حساسية الموضوع من الناحية، وبسبب تخوف المنحرف من التشهير أو العقاب من ناحية أخرى، إلا أن هناك ما يكفي من البيانات التي تشير إلى التزايد المطرد في نسبة وقوع وانتشار المسالك الجنسية المنحرفة، سواء كان الإنحراف في موضوع الرغبة الجنسية أو في أسلوب الأداء الجنسي.

### موضوع الإنحراف:

إن أكثر الزيادة في حالات هذا الإنحراف تقع في ثلاثة نواحي، وهي:

١ - الإغتصاب.

٢ - العدوان الجنسي على الأطفال.

٣ - ممارسة الجنسية المحرمة.

### ١ - الإغتصاب:

الغالبية العظمى من هذا الإنحراف السلوكي يقع على الإناث، والتي تقدر الحالات المرتكبة منه كل عام في الولايات المتحدة ما يزيد على مليون حالة جديدة (اقرأ الفصل الخاص بالإغتصاب).

### ٢ - العدوان الجنسي على الأطفال:

وهو سلوك انحرافي آخذ في التزايد بشكل مفرغ في أقطار مختلفة، وتقدر عدد الحالات السنوية منه في الولايات المتحدة حوالي المليون حالة، والمستور من هذه الحالات يفوق عدة أضعاف ما هو معروف. (اقرأ الفصل الخاص بإساءة التعامل الجنسي مع الأطفال).

### ٣ - الجنسية المحرمة:

هذا سلوك جنسي آخر في تزايد مستمر، وهو في بعض المجتمعات قد وصل إلى حد يصعب فيه وضع حد فاصل بين ما هو محرم وما هو غير محرم من السلوك الجنسي .

### أسلوب الإنحراف:

إن المتابع لموضوع الإنحرافات الجنسية يجد بأن تنوع أسلوب العلاقة الجنسية قد أصبح من أهم ملامح الحياة الجنسية المعاصرة، ومع أن هذا التنوع في الأسلوب يمكن استبعاده من مجال الإنحرافات الجنسية، إلا أن فيه بعض خصائص الإنحراف، إذ أنه عند الكثيرين ممن يمارسوه قد أصبح بديلاً عن العلاقة الجنسية الطبيعية باستجاباتها الفيزيولوجية والعاطفية المألوفة، كما أنه أصبح غاية ومتعة في حد ذاته. ومن أساليب الممارسات الجنسية التي انتشرت في العصر الحاضر بين الجنسين وإلى حد أخذ يهدد الممارسات الجنسية الطبيعية هي الممارسات التالية:

### الجنس الفوهي:

والذي يكون هدفه التماس أو الإحتكاك بين العضو الجنسي وبين الفم.

### الجنسي الجماعي:

وهو السلوك الجنسي الذي يشارك فيه أكثر من اثنين من نفس الجنس أو من جنسين مختلفين.

### تبادل العلائق الجنسية:

وهو ما يعرف بالتأرجح Swinging، وهو أسلوب يتم فيه التبادل في الشريك الجنسي مع ذكر أو أنثى أخرى، وهي ظاهرة متزايدة الإنتشار في المجتمعات الغربية وفي بعض المجتمعات الشرقية أيضاً.

### ممارسات انحرافية أخرى:

هناك ممارسات انحرافية أخرى لم تكن معروفة في الماضي، والتي راح المجتمع الحديث يمارسها بصورة متزايدة، ومن هذه ما اصطلح عليه بالجنسية (التلفونية)، والجنسية الإختناقية، وغيرها من الأساليب (اقرأ فصل الإنحرافات الجنسية).

إن هذه الإنحرافات بشقيها الموضوعي والأسلوبي قد شاع انتشارها في العقود الأخيرة من هذا القرن وإلى الحد الذي أصبحت فيه هذه الإنحرافات هدفاً في حد ذاتها، وبذلك فإنها أخذت تطغى على الحياة الجنسية الطبيعية وما يرتبط بهذه الحياة من مشاعر وقيم وأهداف.

### الممارسات الجنسية قبل الزواج:

أفادت دراسة كنزي في المجتمع الأمريكي (في الأربعينات من هذا القرن) بأن ٧١٪ من جميع الذكور و٣٣٪ من جميع الإناث قد مارسوا العلاقة الجنسية قبل الزواج وبوصولهم إلى سن ٢٥، كما أفادت دراسة ثانية قام بها Hurl في عام ١٩٧٢ في نفس المجتمع بأن جل الذكور تقريباً وثلثي الإناث قبل الزواج قد مارسوا العلاقت الجنسية من نوع أو آخر، وتفيد الإحصائيات الأكثر حداثة بأن العلاقت الجنسية للجنسين قبل الزواج تكاد تكون عامة، وبأنها تتساوى في كل من الذكور والإناث. . . وفي رأي الباحثين في هذا الموضوع هو أن العلاقت الجنسية السابقة للزواج وحجم انتشارها تمثل أكبر مظاهر التغيير في الحياة الجنسية، وفي اعتقادنا أخطرها.

### العمر والعلاقت الجنسية:

تفيد الدراسات الحديثة بأن الغالبية العظمى من الإناث قد مارسن العلاقت الجنسية قبل بلوغهن سن السابعة عشرة من أعمارهن. . . كما تفيد بأن الكثير من هذه العلاقت أصبحت تبدأ في مرحلة البلوغ ١٢ - ١٥ سنة.

### الحمل والمراهقة:

تفيد الإحصائيات بأن أكثر من ثلاثين ألف فتاة غير متزوجة يضعن أطفالاً في كل عام في الولايات المتحدة، كما أن أكثر من مليون أنثى بين سن السابعة عشرة والتاسعة عشرة يصبحن حاملات في كل عام، كما يقدر احتمال حمل الفتيات دون سن العشرين بحوالي ٢٠٪ منهن كل عام وبدون زواج، وهناك ما يقارب المليون ولادة غير شرعية كل عام (قبل الزواج أو خلاله).

### الأمراض المتنتلة جنسياً:

هناك ما يؤيد الاعتقاد بأن الإصابات المرضية المتنتلة جنسياً في العصر الحالي، هي أكثر وقوعاً وانتشاراً في العالم أجمع مما كانت عليه في أي وقت مضى، وبأن هذه



الإصابات في تزايد مستمر، ومن الإحصائيات المدللة على ذلك:

أولاً: إن ما بين ٢٥ إلى ٦٠٪ من جميع الأمريكيين الذين تجاوزوا سن الخامسة عشرة هم مصابون بالمرض الجنسي الحلائي (Herpes Simples).

ثانياً: يعاني أكثر من أربعة ملايين أمريكي من الإصابة بمرض كلاميديا الجنسي (Chlamydia).

ثالثاً: ما يزيد على مليون حالة جديدة من السيلان من الذكور في كل عام.

رابعاً: هناك بينات بأن مرض السفلس، والذي انخفض انتشاره أو توقفت زيادة الإصابة به خلال السبعينات والثمانينات من هذا القرن قد أخذ يتزايد في السنوات الأخيرة.

خامساً: الإصابة بفيروس مرض الأيدز، والتي يقدر عددها الآن في أمريكا بحوالي مليون إصابة على أقل تقدير، وبحوالي عدة أضعاف ذلك في العالم أجمع (اقرأ فصل «الأيدز»).

### النتائج المترتبة:

إن النتائج التي ترتبت على التسامح والتسيب الجنسي والذي بدأت موجته في بداية النصف الثاني من هذا القرن تتضح مما أوردناه من مسالك الحياة الجنسية المعاصرة والتي بلغت في الكثير من البلدان حدوداً مفزعة من المسالك غير الطبيعية والإنحرافية، ومن الواضح للباحثين أن مردودات الثورة الجنسية المعاصرة لم تكن من صالح القيم والمؤسسات التقليدية من زوجية أو عائلة أو اجتماعية، وإذا نحن اعتمدنا التغيير الحادث في حياتنا الجنسية المعاصرة كمؤشر لمستقبل الحياة الجنسية في العقود التالية من القرن الجديد، فإن من قصر البصيرة أن لا نتشوف المزيد من الانحطاط في مقومات حياتنا الجنسية ومحلها من النشاط الإنساني في جميع مجالاته إضافة إلى التدهور في هذه المجالات.

إن تأمل ما هو حادث في تعاملنا مع دوافعنا الجنسية ووسائط إرضائها له أن يدل على أن الجنس قد أصبح لنسبة كبيرة من بني الإنسان في العصر الحالي نوعاً من الإدمان، والذي يتسم بجميع الخصائص الأدمانية وتأثيراتها على العقل، وبما يزيد في خطوة هذا الإدمان ما يمكن أن يجمع بين الإدمان على تعاطيه وبين تعاطي المستحضرات والمواد المؤثرة في العقل، وهو جمع منتشر في مجتمعات عدّة، ومخاطره تضاعف أكثر من مرة المخاطر

الناجمة عن الإدمان على كل منها بمفرده، والباحث في موضوع المؤثرات العقلية والمسببة للإدمان يلاحظ الصلة الوثيقة بين هذا التعاطي وبين المسالك الجنسية المنحرفة وما يتأتى عنها من اختلاطات مرضية عقلية وجسمية. وما يمكن أن ينبجم عن هذا التعاطي من اضطرابات سلوكية مؤذية للمجتمع وللشخص ذاته.

إن البعض قد رأى في الثورة الجنسية التي بدأت في منتصف هذا القرن وكأنها ثورة تصحيحية لحياتنا الجنسية، وبأنها أعطت للناس حرية التعبير عن دوافعهم الجنسية والتي اتسمت إلى حد كبير بالحرمان والكبت وسوء الفهم في الماضي، وما زالت تتسم بذلك في بلدان ومجتمعات عدة حتى الآن، ومع أنه لا يمكن إنكار أن تحرير حياتنا الجنسية من هذه السليبات هو أمر لازم للتمكن من التعبير عن هذه الحياة بصورة إيجابية وخلاقة، غير أن الذي حدث، وما زال يحدث، هو أن مسار هذه الثورة قد ابتعد عن الحياة الصحيحة، وكان من نتائج ذلك أن الجنس قد أصبح سلطة عاتية ومتسلطة في حد ذاته، وأصبح عاصياً على فعل الضوابط والقيود الضرورية للحد من دوافعه المتسلطة لإرضاء نزواته وبدون اعتبار لقيمه كطاقة حياتية يعتمد عليها الإنسان في وجوده وقيمه الحياتية العليا. وإذا كان هذا هو حال هذه الطاقة الحياتية في عصرنا الحالي، فإن لنا أن نتشوف خطراً أكيداً ومهدقاً بحياتنا الجنسية في المستقبل غير البعيد، وهو خطر له أن يبطل فعل الجنس في الحياة كما يجب أن يكون وما أريد له أن يكون.

هل هناك أمل!؟

هذا تساؤل يثيره الكثيرون في العصر الحاضر تحسباً مما سيأتي في المستقبل في مجال حياتنا الجنسية ومردوداتها على الحياة الإنسانية بمجمل نواحيها، فهناك مثلاً من يعتقد بأن واقع الحياة الجنسية في العصر الحالي بأنه مجرد موجة عابرة، وبأنه تعبير متوقع لتحرر من الكبت الجنسي الذي عاناه الإنسان عبر العصور في مجتمعات عديدة، وبأن انحساراً لا بد أن يحدث في المستقبل عندما يصبح الإنسان أقل انكباتاً وحرماناً في حياته الجنسية، وهناك آخرون ممن يعتقدون بأن ردة تلقائية ستحدث في المستقبل، وبأن الإنسان لا بد أن يدرك عبثية تسيبه الجنسي، وهو لذلك لا بد عائد إلى أنماط معقولة من السلوك الجنسي، أما آخرون فإنهم يرون بأن السلوك المتسبب المعاصر ما هو إلا نذير بواقع مستقبلي أشد إمعاناً في التبدل الجنسي، وهم لا يرون أملاً في أن يكون هناك تصحيح أو ردة مستقبلية تعيد الجنس إلى مساراته الصحيحة في الحياة الإنسانية.

إن مقدرة الإنسان على الاستفادة من تجارب الماضي والحاضر قد امتحنت في أكثر

من مجال من مجالات الحياة، غير أن نتائج الإمتحان لم تكن مشجعة، وفيما يتعلق بالجنس، فإن هناك مثل مرض الأيدز، فمع توافر الحقائق الصارخة حول عدد الإصابات وعدد الوفيات، وتوافر المعلومات الكافية حول الإرتباط الوثيق بين إصابات هذا المرض وبين التبذل الجنسي، إلا أننا ما زلنا نشاهد تزايداً مطرداً في نسبة الإصابات بهذا المرض، وهو واقع له أن يؤكد بأن الدافع لإرضاء رغبة جنسية طارئة إنما هو أهم وأكثر الحاحاً من خطر الإصابة المميتة وضرورة تفاديها، ومثل ذلك يقال في حالات أخرى متصلة بالحياة الجنسية كالإنحرافات الجنسية، وتعاطي المواد المؤثرة في العقل، والإنحلال الزوجي والعائلي، والممارسات المبكرة للعلاقات الجنسية، والطلاق، وغير ذلك من المسالك المرتبطة بالجنس.

إننا مع الرأي الذي يتوقع بأن المستقبل غير البعيد سيعصف بحياتنا الجنسية، وبأنه لا بد له من أم يعصف أيضاً بمكانة هذا الواقع الإنساني في الحياة الإنسانية، ونحن لا نتوقع لا توفيقاً أو انحساراً لهذا المد الجنسي الغامر، والأمر في تقديرنا أشبه بالمراد الذي أطلق من القمقم، وهيئات أن يعود إلى حيث كان!! ونعود لترديد السؤال: هل هناك أمل؟! ويدكرني ذلك بقول ماثور لكافكا في محاولة للرد على سؤال مماثل حيث قال: «للخالق!! نعم هناك أمل عظيم، أما للإنسان فلا».

إن مستقبل الإنسان والإنسانية مرهون بالطريقة التي نتناول فيها تصريف طاقتنا الجنسية. والخالق قد خص الكائنات الحية بما فيها الإنسان بخاصية الجنس للتكاثر وإبقاء الجنس، وأضفي على هذه الغريزة مشاعر الرغبة والمتعة لضمان العمل بهذه الغريزة، والذي نتشوفه في المستقبل، ونرى مؤشرات الدامغة في الحاضر، هو أن الإنسان يتصرف وكأن الجنس وجد من أجل الجنس، حتى ولو تعارض الإرضاء له مع ضرورات الحياة، وهذه مؤشرات تفيد بأن الجنس قد أصبح عدواً لحياة صاحبه، ومن ذلك ما له أن يقضي على حط الإنسان في البقاء، وحتى ولو استطاع ذلك، فإن بقاءه كقوة خلاقة ومبدعة وذات قيم سيكون أمراً متعذراً.

لقد رأى البعض في السنوات الأولى من اكتشاف مرض الأيدز وارتباطاته الجنسية، بأنه بمثابة عقاب من الخالق لبني الإنسان على تبذهم الجنسي والمؤذي للإصابة بهذا المرض، وتوقع أصحاب هذا الرأي بأن يرعوي المتبذلون جنسياً، وأن يلجأوا إلى الممارسات الجنسية الطبيعية، ولم يكن لهذا التحذير أثره في السلوك الجنسي، فقد بلغ عدد المصابين بالأيدز حتى الآن حوالي ثلاثة ملايين مصاب، وتقدر عدد الإصابات

بالفايروس بحوالي العشرين مليوناً، والمقدر أن تصل إلى ما بين ٥٠ إلى ١٠٠ مليون إصابة في بداية القرن القادم. . . ومع ذلك فإن الباحثين (بيشرون) بأن موجة الإنتشار ستزداد قوة، وهناك توقع بأن ٦٧ دولة عالمية، ومعظمها من البلدان النامية مرشحة لوباء الإصابة بالأيديز، وإذا نحن أدركنا أن نسبة الموت في بعض البلدان الأفريقية والمسببة عن مرض الأيدز أخذت تزيد على نسبة المواليد، أدركنا مبلغ الرابطة بين الجنس والحياة - والقضاء عليها.

## الفصل الثاني والعشرون

---

### الحرمان والإسراف والإدمان الجنسي

- مقدمة.
- الحرمان الجنسي.
- الإسراف الجنسي.
- الإدمان الجنسي.



## الفصل الثاني والعشرون:

### الحرمان والإسراف والإدمان الجنسي :-

#### مقدمة

الطاقة الجنسية هي طاقة متواجدة في الطبيعة البايولوجية لمعظم المخلوقات، والدافع للتعبير عن هذه الطاقة هو أمر طبيعي وضروري للتكاثر وبقاء الحياة، وهي لذلك طاقة ودافع لا بد منها لإبقاء الوجود، وقد لا يكون هناك أكثر دلالة على محل الطاقة الجنسية في الحياة الإنسانية من الملاحظة بأن كل إنسان يظهر انتصاباً قضيبياً في كل فترات النوم الحالم والتي تتكرر حوالي «٥» مرات في كل ليلة من ليالي النوم، ومع أننا لم نستطع تفسير هذه الظاهرة بصورة أكيدة إلا أن لنا أن نرى فيها تأكيداً على أهمية الدافع الجنسي واستجاباته في الحياة، وتوافر هذه الطاقة والدوافع المنبثقة عنها من شأنه أن يدفع بالفرد إلى محاولة السعي إلى إفراغ هذه الطاقة والحصول على المتعة من ذلك سواء ارتبط ذلك بعملية الإخصاب أولم يرتبط، والمبدأ لذلك هو أن الطاقة الجنسية وجدت لكي تستغل بالدافع والإرضاء، وليس لهدف الكبت والمعاناة بسببها، غير أن هذا لا يعني الإسراف في استعمال هذه الطاقة، كما أنه لا يعني ضرورة حبسها والإعراض عنها، ولا بد لذلك من درجة وسطى من استعمال الطاقة الجنسية والتي لا تمثل كبتاً أو إسرافاً.

لقد تناول الباحثون موضوع الطاقة الجنسية وطرق التعبير عنها. وانصب معظم انتباههم، خاصة في أواخر القرن الماضي والنصف الأول من هذا القرن، على الآثار النفسية الناجمة عن عوامل الكبت للطاقة الجنسية وما ارتبط بها من رغبات جنسية، خاصة في سن الطفولة والحداثة، أما الإسراف في هذه الطاقة فقد لاقى القليل من الاهتمام باستثناء التأثير على المسرفين في عادة الإستمناء (العادة السرية)، وقد استقر في ذهن الناس أن الإمعان في الممارسات الجنسية هو معيار الرجولة، وهو بذلك إسراف فيه دلالة وليس فيه ضرر، غير أن هذا المفهوم قد أخذ يتغير نتيجة للأبحاث الواسعة في موضوع العطل الجنسي، وهي الأبحاث التي تفيد بأن نسبة غير قليلة من هذه الحالات تتأتى نتيجة للإسراف الزائد في الممارسات الجنسية في فترة ما من فترات الحياة الجنسية للفرد، وهي نتيجة متوقعة، ذلك أن الطاقة الجنسية وما تولده من دوافع أو ما تقتضيه من استجابات فيزيولوجية ونفسية إنما هي طاقة بايولوجية تخضع لقوانين الطاقة البايولوجية الأخرى من عصبية وهرمونية وعضلية وغيرها من الطاقات التي تستنزف أو تقل فعاليتها مع مرور الزمن وفرط الإستعمال.

لعل الطبيب الرازي في بغداد قبل ثلاثة عشر قرناً كان أول من تناول موضوع الحياة الجنسية من حيث الإسراف فيها أو التزمّت بالإقلال منها، وذلك في فصل خاص من فصول كتابه الموسوم كتاب الطب الروحاني والمعروف أيضاً بطب النفوس، وقد جاء في مقدمة هذا الفصل القول التالي والذي لا يتعد عن واقع الحال بالمفهوم المعاصر لهذا الموضوع فهو يقول: -

«إن هذا أيضاً»، ويقصد الجماع، «أحد العوارض الرديئة التي يدعو إليها ويحمل عليها الهوى وإيثار اللذة الجالبة على صاحبها ضروب البلايا والأسقام الرديئة، وذلك أنه «أي الجماع» يضعف البصر ويهد البدن ويخلقه ويسرع بالشيخوخة والهرم والذبول ويضر بالدماغ والعصب ويسقط القوة ويوهنها، إلى أمراض أخرى كثيرة يطول ذكرها، وله ضراوة شديدة كضراوة سائر الملاذ بل أقوى وأشد منها بحسب ما تذكر النفس من فضل لذته عليها، ومع ذلك فإن الإكثار من الباه يوسع أوعية المني ويجلب عليها دما كثيراً بكثير من أجل ذلك تولد المني فيها، فتزداد الشهوة له والشوق إليه وتتضاعف، وبالضد من ذلك فإن الإقلال منه والإمساك عنه يحفظ على الجسد الرطوبة الأصلية الخاصة بجوهر الأعضاء، فتطول مدة النشوة والنماء وتبطئ الشيخوخة والجفاف والقحل والهرم، وتضيء أوعية المني، ولا يستجلب المواد...» ثم يقول... «... إن هذه



اللذة هي من أولى اللذات وأحقها بالإطراح، وذلك أنها ليست اضطرارية في بقاء العيش كالطعام والشراب وليس في تركها ألم ظاهر محسوس كالم الجوع والعطش، وفي الإفراط فيها والإكثار منها هدم البدن وهذه.....».

### الحرمان الجنسي :-

لقد ساد الاعتقاد لقرون عديدة من الزمن بأن الحياة الجنسية للفرد لا تبدأ إلا في سن البلوغ، وهذا الاعتقاد صحيح إذا اعتبرت بداية الحياة الجنسية مترافقة مع السن الذي يستطيع فيه الفرد إفراز المني والمقدرة على التخصيب، وفي الأثنى على إفراز البويضات والمقدرة على الحمل، ومع أن القدامى قد عرفوا بممارسات الأطفال والأحداث الجنسية إلا أنهم اعتبروها ممارسات عبثية في الأعضاء الجنسية بهدف الإكتشاف والتقليد وربما للتدريب المستقبلي، وظل هذا الاعتقاد غالباً حتى جاء فرويد في أواخر القرن الماضي ووضع نظرياته الجدلية حول الجنسية الطفولية والكبت والدوافع الجنسية وما يرتبط بهذا الكبت من تأثير يبين على النمو النفسي، وهو تأثير في نظره له أن يؤدي إلى صراعات نفسية واضطرابات نفسية في حياة المعاني لهذه الصراعات، والمتأمل لنظريات فرويد بهذا الشأن لا بد أن يدرك بأن فرويد قد بالغ كثيراً في تأكيده على الناحية الجنسية في مسيرة الفرد عبر مراحل نموه، غير أنه مع ذلك لا يمكن التقليل من تأثير الطاقة الجنسية والدوافع الجنسية وإمكانيات كبتها أو إرضائها على الحياة النفسية لأي فرد.

لقد كان لأراء فرويد على ما اتصفت به من المبالغة وما قابلها من تنفيذ ومعارضة في حينها ولدة طويلة بعد ذلك، فعلها على التفكير المعاصر حول الأمور الجنسية، ولعل من أهم النتائج التي تمخضت عن التوجه نحو هذا الموضوع هو ما يعرف بعهد الإنفتاح نحو الأمور الجنسية، ومن الكتاب الرائدتين في هذا الموضوع هو الكاتب الفيلسوف المعاصر (ماركوزا) والذي تأثر بنظرية فرويد التي تربط بين الكبت الجنسي في فترة الطفولة والحداثة وبين قيام الصراعات النفسية المؤدية إلى الإضطرابات النفسية في البالغين، وجاء لذلك بالرأي بأن الطريقة المثلى لتجنب ظهور الإضطرابات النفسية إنما تتحقق عن طريق تجنب الكبت للمشاعر الجنسية في سن الطفولة والحداثة، وكان في ذلك دعوة صريحة للتسامح في التعبير عن المشاعر والرغبات الجنسية، وقد كان لدعوة (ماركوزا) هذه تأثيراً بالغاً على المجتمع الأمريكي الذي أخذ بهذا الرأي وطبقه في تربية الجيل الجديد، والذي أصبح بدوره متحرراً من ضوابط النهي التقليدية، مما

أدى في النهاية إلى خلق جيل متساهل ومتسامح في الممارسات الجنسية وإلى حدود الإنفلات، وقد أدرك (ماركوزا) ما ترتب على نظريته من نتائج سلبية صارخة ليس في موضوع الجنس فقط، وإنما في المجال السلوكي والاجتماعي أيضاً، وهي النتائج المعروفة في المجتمعين الأمريكي والغربي في الستينات والسبعينات من هذا القرن، وما ارتبطت به من نزعة تناول العقاقير والمخدرات والاتجاه نحو الجنوح والإجرام. وهو الإدراك الذي دفعه إلى التراجع والإعتذار عن نظريته وما تمخض عنها من سلبيات كبيرة.

لم يكن لتراجع ماركوزا عن نظريته أي تأثير إيجابي يرد الأمور إلى نصابها، فالتابع لمسيرة ما حدث ولواقع الحياة الجنسية المعاصرة يدرك بسهولة بأن الإنفتاح على الأمور الجنسية والتحرر من كوابتها وضوابطها قد أصبحت الصفة المميزة للسلوك الجنسي المعاصر في معظم المجتمعات، وهي ظاهرة آخذة في الإزديار انتشاراً وعمقاً وبقدر لا يمكن مقارنته بأي فترة تاريخية سابقة، ولعل أهم نواحي الخطورة أهم نواحي الخطورة في هذه الظاهرة هو أنها تتم في عصر من غلبة العلم على الجهل، ولعل في هذه دلالة على أن الطاقة الجنسية والدوافع إلى تصريفها، وبأي ثمن، قد أصبحت القوة المسيطرة على المشاعر الإنسانية، وبأن أي طاقة أخرى قد اخضعت لمقتضياتها، ويمكن تفسير هذا الوضع على عدة أوجه، غير أن التفسير الأقرب للواقع يكمن في قدرة الجنس على إعطاء مشاعرة اللذة لممارسيه وهي لذة متوقعة ومحسوسة ومباشرة ولا يعترضها أية سلبية عند الوصول إليها، وهي على هذا النحو تغري الفرد وتحفز على معاودة الكرة للحصول عليها من جديد.

### الإسراف الجنسي :

الحياة الجنسية في أساسها هي طاقة يعبر عنها بالدافع الجنسي والقيام بمحاولة الإستجابة له، ومع أن هذه الطاقة، حالها حال طاقات بابولوجية ونفسية أخرى، قابلة للتجدد والتولد من جديد، غير أنها كغيرها من الطاقات البابولوجية والنفسية معرضة لفعل الأجهاد والتناقص مع مرور الزمن. وليس أدل على ذلك من أن قوة هذه الطاقة هي على أشدها في سنوات المراهقة، ثم تتناقص بصورة تدريجية عبر مراحل العمر التالية لمرحلة المراهقة، وهي بذلك تتوافق مع مسيرة النشاطات البابولوجية الأخرى في الإنسان. ويضاف إلى هذه الخاصية للطاقة الجنسية، والتي يقل فيها الدافع الجنسي والرغبة الجنسية والأداء الجنسي مع تقادم العمر، ما هو معروف بأن الإسراف في

تصريف هذه الطاقة، بشقيها البيولوجي والجنسي، من شأنه أن يؤدي إلى إضعاف آخر للطاقة الجنسية، وهذا واقع تفيد عنه الملاحظة والتجربة الذاتية لممارسي الجنس من أن العلاقة الجنسية عند الرجل، والتي تنتهي بالدروة والقذف، لا يمكن معاودتها مباشرة بعد ذلك إلا بعد انتهاء دور الذبول. وهو دور زمني بيولوجي لا بد منه لكي يستعيد الفرد ما فقدته من طاقة جنسية بتوليد شحنة جديدة منها. كما أن من الثابت بأن الفرد كلما تكررت استجاباته الجنسية وتقاربت ممارساته الجنسية، كلما طالت مدد الذبول اللازمة لاستعادة الطاقة الجنسية، وكلما قلت الكفاءة في الأداء الجنسي بشقيها: الأدائي البيولوجي، والقناعة النفسية بالمتعة والرضا، ومثل هذا الواقع يتضح أيضاً في الذين يمارسون عادة الإستمناء، أو الذين يستحلمون في أثناء النوم، وفي الذين يسرفون في عمليات الخيال الجنسي أو المداعبة الجنسية، ذلك أن لجميع هذه العمليات أن تستنفذ جزءاً من الطاقة الجنسية والتي قد يكون من الصعب التعويض عنها بمدد جديد لا حدود له.

لقد توصل الحكماء في الماضي إلى إدراك هذه الحقائق، ولهذا دعوا إلى ضرورة الإقتصاد في صرف الطاقة الجنسية، وقد ذهبوا إلى أبعد من ذلك فقامت بعض المجتمعات بتقنين العلائق الجنسية على فترات زمنية محددة، وذهبوا إلى أبعد من ذلك - ففطنوا طبقاً لطبيعة الوظيفة الحياتية لكل فئة من الناس، وذلك كما يبدو اعتقاداً منهم بأن الطاقة الجنسية والحاجة إلى إرضائها تتفاوت بين شريحة اجتماعية وأخرى، وهو اعتقاد لا يخلو من واقع وحكمة.

إن الإنسان في عصرنا الحالي، وبالرغم مما يبدو من توافر التعدد في مجالات اللهو والمتعة والهوايات. إلا أنه يبدو بأنه أكثر الحاحاً في الإقبال على الممارسات الجنسية وإلى حدود الإسراف فيها. وهذا يتضح بأنه لا يكتفي بالمشروع من العلائق الجنسية، وإنما بالسعي إلى علائق جنسية متنوعة ومتعددة حتى مع قيام مؤسسة الزواج، ومع أن للبعض أن يرى في هذا التعدد والتنوع ما ينوه بوفرة الطاقة والمقدرة الجنسية، إلا أنه من واقع الحال، وفي الكثير من الحالات إنما ينوه أيضاً بأن الدوافع الجنسية قد أخذت تخبوا، وبأن التنوع الحادث إنما هو محاولة لإذكاء الطاقة الجنسية المتخاذلة. وهو أمر يتضح من أن نسبة غير قليلة من الذكور حتى في سن الشباب ومتنصف العمر يعانون من عطل جنسي يمدد من كفاءتهم الجنسية، ومثل هذا العطل أن يؤدي في النهاية إلى ركود الدوافع الجنسية واستنفاد طاقتها وبصورة دائمة يتعذر الرجوع عنها بأية وسيلة علاجية، أو حتى بالإمتناع عن الجنس لمدد طويلة.

## الإدمان الجنسي :

اصطلاح حالة الإدمان الجنسي قد يبدو لأول وهلة بأنه مصطلح غير موافق فيما يتعلق بالسلوك الجنسي، غير أن الواقع يفيد بأن الكثيرين من الناس وخاصة في فترات المراهقة والشباب يمارسون السلوك الجنسي وكأنهم يعانون من حالة الإدمان عليه، والواقع هو أن منهج سلوكهم الجنسي يتسم بأهم الخصائص التي تتصف بها حالات الإدمان على تناول المستحضرات والعقاقير، ومن هذه الخصائص المشتركة بين سلوك المدمنين على الجنس وسلوك المدمنين على تناول المستحضرات والعقاقير هي : (أولاً) : الإنشغال في معظم ساعات اليقظة بالأمر الجنسية وخيالاتها. (ثانياً) : الإقبال على السلوك الجنسي المتكرر خلال اليوم الواحد. (ثالثاً) : الشعور بالتوتر وعدم الاستقرار إذا لم تتوافر الفرص للممارسات الجنسية، وهذه السمات الثلاثة تؤكد قيام حالة الإدمان الجنسي في الفرد، وهي حالة مستديمة وتحمل المرتبة الأولى من الإلتزام في حياة صاحبها، ويمكن أن يضاف إلى هذه الخصائص المدللة على الإدمان الجنسي خاصية إدمانية أخرى وهي استمرار الفرد في سلوكه الإدماني بالرغم من معرفته بأضرار ذلك وعدم تمكنه من الإقلاع عن سلوكه حتى ولو أراد ذلك .

إن مثل هذه الحالات من الإدمان الجنسي لا تقتصر على العلاقات الجنسية المباشرة وإنما تشمل أيضاً سلوك الإستماء والذي له أن يكون في ذاته حالة إدمانية، كما أن له أن يكون بديلاً عن السلوك الجنسي المباشر إذا لم تتوافر الفرص التي تسمح بهذا السلوك الأخير.

إن هناك حالات أخرى من السلوك الجنسي والتي تبدو في الظاهر بأنها إدمانية الطابع، غير أنها في الواقع حالات قسرية، وتشبه إلى حد كبير الإضطراب التسلطي القسري والذي يفرض نفسه على الفرد بصورة مفاجئة وغير إرادية ويرتبط عادة بشعور عدم الإرتياح من ممارسته، والمعتقد بأن هذه الحالات القسرية من الإلحاح الجنسي تنجم عن إصابات عضوية في المنطقة الصدغية من الدماغ . وهناك أيضاً حالات أخرى من الإقبال على الممارسة الجنسية والإدمان عليها وهو ما يحدث في بعض المصابين باضطرابات عقلية مثل الكآبة، والهوس «ألمانيا» ومرض الشيزوفرينيا وحالات التخلف العقلي والخرف، وهي حالات ترتبط بهذه الإضطرابات العقلية سببياً وعلاجياً .

إن السلوك الجنسي عند فئة كبيرة من الناس وخاصة في الذكور هو سلوك خارج عن سيطرة أصحابه وهو عند معظمهم يفوق على الحدود المتعارف عليها عند أمثالهم

من نفس العمر ومن نفس المحيط الإجتماعي والحضاري. ولهذا السلوك أن يكون مقبولاً عند البعض وله عند غيرهم أن يكون حالة مزعجة لهم، وأن تدعو إلى البحث عن وسيلة لعلاجها، وعلى العموم فإن علاج مثل هذه الحالات له أن يكون صعباً إن لم يكن متعذراً، فالطرق العلاجية العقاقيرية وإن كان لها أن تخفف من دوافع الممارسة الجنسية إلا أن لها بالمقابل أن تلحق بالمتاولين لها بعض الإختلاطات من الأعراض إضافة إلى احتمال التعود والإعتاد على تناولها. وفي محاولة علاج المسرفين أو المدمنين على التعاطي الجنسي. فإنه لا بد من أن ينتبه المعالج إلى كيفية التعويض عن مثل هذا السلوك بسلوك آخر يملأ الفراغ الحادث نتيجة التخلي عن قدر كبير من السلوك الجنسي المفرط، وهذه مهمة يصعب تدبيرها بصورة ناجحة في معظم الحالات.

لقد أقدمت بعض الحضارات على وضع قواعد مرشدة للسلوك الجنسي لمواطنيها وذلك طبقاً لأعمارهم ومهنتهم. ولوضع مثل هذه القواعد أن يوفق بين الطاقة الجنسية من ناحية وبين الطاقات الأخرى التي يتصف بها الأفراد من جسمية، أو فكرية، وهي بهذا الهدف من التوفيق لا بد لها أن تقيم حالة من التوازن بين الطاقات المختلفة التي يملكها الفرد، غير أن من الواضح صعوبة تطبيق هذه القواعد المرشدة بصورة عامة وذلك بالنظر للفروق الكبيرة بين الأفراد من حيث طاقاتهم الجنسية ومن حيث توجههم نحو التعبير عنها وإرضائها، وهكذا فلا بد من تناول كل حالة من حالات السلوك الجنسي بمفردها، والبحث في العوامل السببية التي أدت إلى فرط الممارسة بها.

إن الإسراف الجنسي بما في ذلك الإدمان عليه له أن يتأتى عن عوامل سببية عديدة حاله في ذلك حال العنة أو العطل الجنسي، فمن هذه الأسباب ما يقود إلى عوامل نفسية أو حضارية أو تطبعية، أو وراثية أو عضوية، وهي عوامل تتفاوت وجوداً وتعددًا وقوة بين فرد وآخر، ومن الواضح أن من الصعب حصر العوامل الفعالة في كل حالة من الإفراط الجنسي وهو ما يصعب من أية محاولة علاجية للسيطرة على هذا السلوك، والإلتجاه الغالب بين المعنيين بهذه النواحي الجنسية هو أن هذه الأنماط من السلوك لا علاج لها إلا بتوافر الإستعداد من الفرد الذي يعاني من مثل هذا السلوك للدخول في العملية العلاجية والإستجابة لمقتضياتها.

## منشورات المؤلف

- ١ - النفس (في جزئين)
- ٢ - فصام العقل (الشيزوفرنيا)
- ٣ - الجنس والنفس (في جزئين)
- ٤ - أبواب العقل الموصدة
- الجزء الأول: باب النوم
- الجزء الثاني: باب الأحلام
- ٥ - حالات الصرع:  
أسبابها وعلاجها والتعايش معها
- ٦ - باب العبث بالعقل
- ٧ - العلاج النفسي وطرقه القديمة والحديثة

## مؤلفات تحت الطبع

- ١ - العبقرية والإبداع
- ٢ - باب الخوارق
- ٣ - المنتهبي من شعره
- ٤ - الشامل في الطب النفسي
- ٥ - حصاد الأيام
- ٦ - قال صاحبي
- ٧ - الوسيط في علوم الطب النفسي والعقلي  
مشاركة مع الدكتور (نظام أبو حجلة).